



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000043696**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

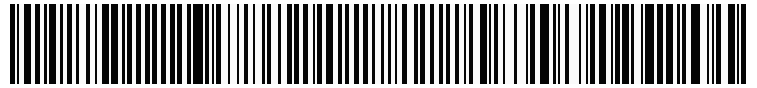
1906202501019036063600120010030000436967877518519

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-06-20T12:59:09-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**C L A V E D E A C C E S O**



1906202501019036063600120010030000436967877518519

**REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.**

Dir. Matriz: JUAN ÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN ÑIGUEZ NUMERO: 2-34

Teléfono: 072814911

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Contribuyente Especial Nro.: 000287

Razon Social: CORPORACION HVQ S A

RUC/CI: 1792758270001

Fecha Emisión: 19/06/2025

Guía de Remisión:

Dirección AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC PLAZA DORAL LAB  
HOSPITAL VOZ ANDES QUITOCEL:0993988774

Teléfono: 0993988774

| Cod. Principal | Descripción   | Registro Sanitario | Cant. | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|----------------|---|--------------------|-------|-----------------|-----------|--------------|
| 130105000101   | MAGLUMI REACTION CUP (3X182CUPS) X3/ X6 (306250212T-12.02.2027) | NA                 | 2.00  | 72.23           | 0.00      | 144.46       |
| 130652010M     | MAGLUMI TESTOSTERONE (CLIA) X 50 (255240211-26.05.2026)         | 15700-DME-1 223    | 1.00  | 91.57           | 0.00      | 91.57        |
| 130651027M     | MAGLUMI H.PYLORI IGM (CLIA) X 50 (1015240211-03.03.2026)        | 15831-DME-1 223    | 1.00  | 155.96          | 0.00      | 155.96       |
| 130670001M     | MAGLUMI GROWTH HORMONE (CLIA) X 50 (467240211-09.07.2026)       | 15900-DME-0 124    | 1.00  | 154.41          | 0.00      | 154.41       |
| 130601037M     | MAGLUMI CA 19-9 (CLIA) X 50 (224240211-02.07.2026)              | 15878-DME-0 124    | 1.00  | 206.98          | 0.00      | 206.98       |
| FLETE ENVIO    | FLETE   |                    | 1.00  | 8.00            | 0.00      | 8.00         |

**Información Adicional**

Email: marevalo@hospitalvozandes.com,crosales@hospitalvozandes.com

Dirección Envío: AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC  
PLAZA DORAL LAB HOSPITAL VOZ ANDES

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| SUBTOTAL SIN DESCUENTOS   | 761.38        |
| VALOR DESCUENTOS          | 0.00          |
| VALOR DESCUENTO ADICIO.   | 0.00          |
| SUBTOTAL 15%              | 761.38        |
| SUBTOTAL 0%               | 0.00          |
| SUBTOTAL No objeto de IVA | 0.00          |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS    | 761.38        |
| ICE                       | 0.00          |
| IVA 15%                   | 114.21        |
| <b>VALOR TOTAL</b>        | <b>875.59</b> |

| Forma Pago                                   | Valor  | Plazo | Tiempo |
|--|--------|-------|--------|
| OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO | 875.59 | 0 0   |        |

Favor cancelar con cheque y/o depositar  
EN LA CTA CTE No 3456761904 DEL BANCO DEL PICHINCHA  
A NOMBRE DE: REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA LTDA  
NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699