



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000043710

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1906202501019036063600120010030000437105186650218

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-06-20T13:01:01-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1906202501019036063600120010030000437105186650218

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
130670003M	MAGLUMI ACTH (CLIA) X 50 (473240211-18.06.2026)	15900-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35

Información Adicional

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

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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	270.65	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	235.35
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	235.35
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	235.35
ICE	0.00
IVA 15%	35.30
VALOR TOTAL	270.65

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 CÍA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699