



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044066

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1007202501019036063600120010030000440667854315317

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-07-11T14:58:56-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1007202501019036063600120010030000440667854315317

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: 10/07/2025

Guía de Remisión:

Dirección: AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC PLAZA DORAL LAB

Teléfono: 0993988774

HOSPITAL VOZ ANDES QUITOCEL:0993988774

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130299004M	MAGLUMI STARTER 1+2 (1BOX=2X230ML) (302241403-25.06.2026)	15901-DME-0124	1.00	88.65	0.00	88.65
130299006M	MAGLUMI LIGHT CHECK(1BOX=5X2ML) (314250102-16.05.2026)	15901-DME-0124	2.00	65.67	0.00	131.34
130105000101	MAGLUMI REACTION CUP (3X182CUPS) X3/ X6 (306250212T-12.02.2027)	NA	2.00	72.23	0.00	144.46
130652014M	MAGLUMI AMH (CLIA) X 50 (230250111-03.10.2026)	15700-DME-1223	1.00	825.00	0.00	825.00
130601525M	MAGLUMI HE4 (CLIA) X 50 (421240111-14.02.2026)	15878-DME-0124	1.00	609.05	0.00	609.05
130655007M	MAGLUMI IGF-I (CLIA) X 50 (460250111-01.10.2026)	15900-DME-	1.00	376.72	0.00	376.72
130698505M	MAGLUMI IGFBP-3 (CLIA) X 50 (429240211-14.07.2026)	15900-DME-	1.00	523.68	0.00	523.68
130602516M	MAGLUMI ANDROSTENEDIONE (CLIA) X 50 (423250111-08.11.2026)	15700-DME-1223	1.00	403.84	0.00	403.84
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	10.00	0.00	10.00

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	3,112.74
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	3,112.74
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	3,112.74
ICE	0.00
IVA 15%	466.91
VALOR TOTAL	3,579.65

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	3,579.65	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