



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000044072**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

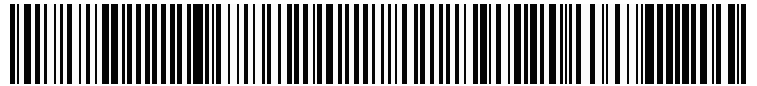
1007202501019036063600120010030000440723186340417

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-07-11T14:59:31-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1007202501019036063600120010030000440723186340417

**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
130502004A	ALP R1 28X2MML R2 7X2ML (300T) BLOSSAYS (511240301-19.11.2025)	17419-DME-1024	1.00	70.00	0.00	70.00
130505001A	GLUCOSA R1 28 X 2ML R2 7 X 2 ML BLOSSAYS (524240302-19.02.2026)	17549-DME-1124	1.00	70.00	0.00	70.00
130502006A	BIL-T R1 28X2ML R2 7X2ML (300T) BLOSSAYS (513240402-29.04.2026)	17419-DME-1024	1.00	98.00	0.00	98.00
1601020005	ASSAYED CHEMISTRY QUALITY CONTROL(AQC) BLOSSAYS LEVEL 2, 3 (Q0124021-25.04.2026)	17419-DME-1024	1.00	0.01	0.00	0.01
1601020014	LIPID CONTROLS (LQC) BLOSSAYS LEVEL 1, 2, 3 (Q0324011-12.07.2026)	17299-DME-0924	1.00	0.01	0.00	0.01
1601020044	LEVEL 3 ASSAYED CHEMISTRY CALIBRATORS(ACC) BLOSSAYS (C0123041-27.12.2025)	17419-DME-1024	2.00	0.01	0.00	0.02
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	5.00	0.00	5.00

**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	243.04
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	243.04
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	243.04
ICE	0.00
IVA 15%	36.46
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>279.50</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	279.50	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