



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000044449**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

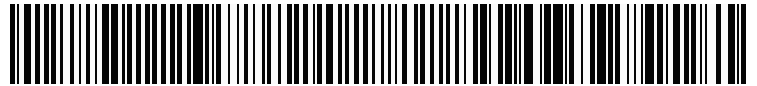
0108202501019036063600120010030000444492993690111

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-08-01T18:33:36-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0108202501019036063600120010030000444492993690111

**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: 01/08/2025

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
130105000101	MAGLUMI REACTION CUP (3X182CUPS) X3/ X6 (306250212T-12.02.2027)	NA	1.00	72.23	0.00	72.23
130610023M	MAGLUMI ANTI-HBC(CLIA) (NO CE MARK) X 50 (453240311-04.05.2026)	15877-DME-0124	1.00	72.40	0.00	72.40
130601038M	MAGLUMI CA 15-3 (CLIA) X 50 (225250111-05.09.2026)	15878-DME-	1.00	206.98	0.00	206.98
130670003M	MAGLUMI ACTH (CLIA) X 50 (473240211-18.06.2026)	15900-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35
130606511M	MAGLUMI DIRECT RENIN (CLIA) X 50 (428240211-01.05.2026)	15931-DME-0124	1.00	369.37	0.00	369.37
130653011M	MAGLUMI ANTI-TPO (CLIA) X 50 (250250111-09.10.2026)	15696-DME-	1.00	233.11	0.00	233.11
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	1,194.44
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	1,194.44
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,194.44
ICE	0.00
IVA 15%	179.17
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,373.61</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,373.61	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