



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044470

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0408202501019036063600120010030000444701829076412

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-08-04T17:46:54-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0408202501019036063600120010030000444701829076412

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: 04/08/2025

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
130653007M	MAGLUMI ANTI-TG (CLIA) X 50 (247250111-19.09.2026)	15696-DME-	2.00	174.93	0.00	349.86
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	587.97
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	587.97
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	587.97
ICE	0.00
IVA 15%	88.20
VALOR TOTAL	676.17

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	676.17	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