



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000045440

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0110202501019036063600120010030000454401757327917

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-10-01T18:18:04-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0110202501019036063600120010030000454401757327917

REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.

Dir. Matriz: JUAN IÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO

CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN IÑIGUEZ 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: 01/10/2025

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
130299005M	MAGLUMI WASH CONCENTRATE(1BOX=1X714ML) (303250902-05.09.2026)	15901-DME-0124	3.00	47.28	0.00	141.84
130299004M	MAGLUMI STARTER 1+2 (1BOX=2X230ML) (302250204-25.09.2026)	15901-DME-0124	4.00	88.65	0.00	354.60
130299007M	MAGLUMI SYSTEM TUBING CLEANING SOLUTION (1BOX=1*500ML) (305250101-03.03.2026)	15901-DME-0124	1.00	152.34	0.00	152.34
130105000101	MAGLUMI REACTION CUP (3X182CUPS) X3/ X6 (306250401G-01.04.2027)	NA	3.00	72.23	0.00	216.69
130299006M	MAGLUMI LIGHT CHECK(1BOX=5X2ML) (314250104-09.06.2026)	15901-DME-0124	1.00	65.67	0.00	65.67
130670003M	MAGLUMI ACTH (CLIA) X 50 (473250111-20.11.2026)	15900-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35
130601038M	MAGLUMI CA 15-3 (CLIA) X 50 (225250111-05.09.2026)	15878-DME-	1.00	206.98	0.00	206.98
130656007M	MAGLUMI ALDOSTERONE (CLIA) X 50 (295250121-15.11.2026)	15931-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35
130698505M	MAGLUMI IGFBP-3 (CLIA) X 50 (429240211-14.07.2026)	15900-DME-	1.00	523.68	0.00	523.68
130652011M	MAGLUMI FREE-TESTOSTERONE (CLIA) X 50 (258250111-27.09.2026)	15700-DME-	1.00	91.57	0.00	91.57
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	8.00	0.00	8.00

Información Adicional

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

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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	2,566.88	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	2,232.07
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	2,232.07
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,232.07
ICE	0.00
IVA 15%	334.81
VALOR TOTAL	2,566.88

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
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						