



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000045849

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2110202501019036063600120010030000458493927453010

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-10-21T17:58:37-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2110202501019036063600120010030000458493927453010

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: 21/10/2025

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
130505001A	GLUCOSA R1 28 X 2ML R2 7 X 2 ML BIOSAYS (524250101-03.07.2026)	17549-DME-1 124	1.00	70.00	0.00	70.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

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	85.10	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	74.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	74.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	74.00
ICE	0.00
IVA 15%	11.10
VALOR TOTAL	85.10

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