



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000045903

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2310202501019036063600120010030000459032557101212

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-10-23T17:53:46-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2310202501019036063600120010030000459032557101212

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: 23/10/2025

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
130654001M	MAGLUMI B2-MICROGLOBULIN (CLIA) X 50 (489250111-25.12.2026)	16734-DME-0624	1.00	159.24	0.00	159.24
130601521M	MAGLUMI H.PYLORI IGG (CLIA) X 50 (430250111-07.09.2026)	15831-DME-1223	1.00	150.18	0.00	150.18
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	314.42
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	314.42
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	314.42
ICE	0.00
IVA 15%	47.16
VALOR TOTAL	361.58

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	361.58	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