



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000046446**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

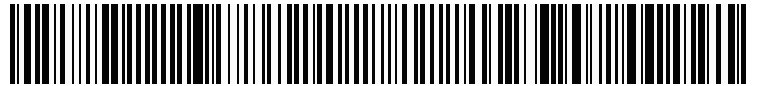
2111202501019036063600120010030000464461918505815

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-11-21T17:40:44-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2111202501019036063600120010030000464461918505815

**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: 21/11/2025

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
130601525M	MAGLUMI HE4 (CLIA) X 50 (421250111-26.12.2026)	15878-DME-0124	1.00	609.05	0.00	609.05
130602516M	MAGLUMI ANDROSTENEDIONE (CLIA) X 50 (423250211-15.03.2027)	15700-DME-1223	1.00	403.84	0.00	403.84
130656007M	MAGLUMI ALDOSTERONE (CLIA) X 50 (295250111-25.09.2026)	15931-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35
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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,441.23	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,253.24
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	1,253.24
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,253.24
ICE	0.00
IVA 15%	187.99
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,441.23</b>

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