



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000046652**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

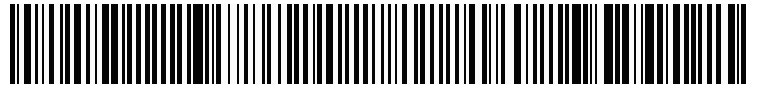
0312202501019036063600120010030000466526029093211

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-12-03T18:08:08-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0312202501019036063600120010030000466526029093211

**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: 03/12/2025

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
130503003A	UREA R1 28 X 2ML R2 7 X 2 ML BIOSSAYS (519250101-25.03.2026)	17482-DME-1024	1.00	70.00	0.00	70.00
130501001A	HDL-C R1 30X2 ML R2 10 X 2 ML BIOSSAYS (501250201-14.08.2026)	17299-DME-0924	1.00	240.00	0.00	240.00
130502002A	ALT/TGP R1 28X2MML R2 7X2ML (300T) BIOSSAYS (509250101-02.07.2026)	17519-DME-1024	1.00	70.00	0.00	70.00
130502004A	ALP R1 28X2MML R2 7X2ML (300T) BIOSSAYS (511240302-09.04.2026)	17419-DME-1024	1.00	70.00	0.00	70.00
130502005A	GGT R1 28 X 2ML R2 7 X 2 ML BIOSSAYS (512240302-23.05.2026)	17419-DME-1024	1.00	70.00	0.00	70.00
130501004A	TRIGLICERIDOS R1 28X2 ML R2 7X2 ML BIOSSAYS (504250101-17.06.2026)	17299-DME-0924	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

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	594.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	594.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	594.00
ICE	0.00
IVA 15%	89.10
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>683.10</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	683.10	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