



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000047805

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

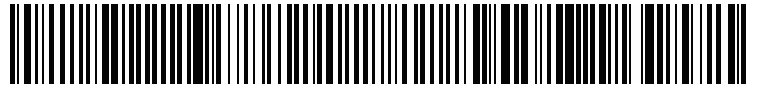
0302202601019036063600120010030000478052149122714

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-02-03T17:55:33-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0302202601019036063600120010030000478052149122714

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: 03/02/2026

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
130653007M	MAGLUMI ANTI-TG (CLIA) X 50 (247250211-07.01.2027)	15696-DME-	1.00	174.93	0.00	174.93
130670001M	MAGLUMI GROWTH HORMONE (CLIA) X 50 (467250111-16.12.2026)	15900-DME-0124	1.00	154.41	0.00	154.41
130602515M	MAGLUMI SHBG (CLIA) X 50 (427250211-22.04.2027)	15700-DME-	1.00	183.86	0.00	183.86

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	513.20
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	513.20
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	513.20
ICE	0.00
IVA 15%	76.98
VALOR TOTAL	590.18

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	590.18	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