



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000047966**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

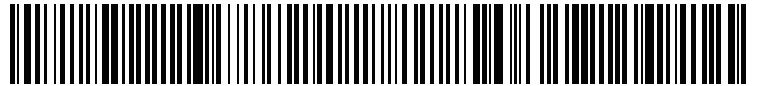
1002202601019036063600120010030000479663305302313

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2026-02-10T17:19:05-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1002202601019036063600120010030000479663305302313

**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: 10/02/2026

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
130503001A	CREATININA R1 30X2ML R2 10X2ML (320T) BISSAYS (517250201-25.11.2026)	17482-DME-1024	1.00	80.00	0.00	80.00
130505001A	GLUCOSA R1 28 X 2ML R2 7 X 2 ML BISSAYS (524250103-30.09.2026)	17549-DME-1124	1.00	70.00	0.00	70.00
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	155.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	155.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	155.00
ICE	0.00
IVA 15%	23.25
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>178.25</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	178.25	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

DatosAdicionales VALLE DE LOS CHILLOS