



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000048194**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2302202601019036063600120010030000481941371128010

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2026-02-23T17:45:22-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2302202601019036063600120010030000481941371128010

**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: 23/02/2026

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
130652002M	MAGLUMI LH (CLIA) X 50 (252250211-04.11.2027)	15700-DME-1223	1.00	91.57	0.00	91.57
130652006M	MAGLUMI PROLACTIN (CLIA) X 50 (253250211-16.03.2027)	15700-DME-1223	1.00	91.57	0.00	91.57
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241250221-11.10.2027)	15696-DME-1223	1.00	95.22	0.00	95.22
130653004M	MAGLUMI FREE T4 (CLIA) X 50 (245250311-14.05.2027)	15696-DME-1223	1.00	80.70	0.00	80.70
130661004M	MAGLUMI 25-OH VITAMIN D (CLIA) X 50 (262250311-18.04.2027)	15633-DME-123	1.00	390.02	0.00	390.02
130655002M	MAGLUMI INSULIN (CLIA) X 50 (264250311-14.04.2027)	15698-DME-	1.00	154.41	0.00	154.41
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	10.00	0.00	10.00

**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	913.49
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	913.49
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	913.49
ICE	0.00
IVA 15%	137.02
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,050.51</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,050.51	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