



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000048672

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

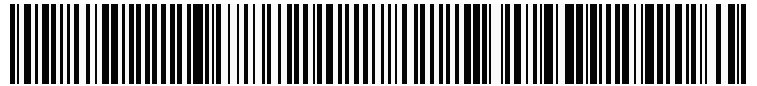
1603202601019036063600120010030000486726957724212

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-03-16T10:50:26-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1603202601019036063600120010030000486726957724212

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: 16/03/2026

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-1123	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

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	903.49
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	903.49
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	903.49
ICE	0.00
IVA 15%	135.52
VALOR TOTAL	1,039.01

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,039.01	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