



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000048700

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1703202601019036063600120010030000487008782405915

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-03-17T09:04:50-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1703202601019036063600120010030000487008782405915

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: 17/03/2026

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
130653011M	MAGLUMI ANTI-TPO (CLIA) X 50 (250250311-04.06.2027)	15696-DME-	1.00	233.11	0.00	233.11
130601038M	MAGLUMI CA 15-3 (CLIA) X 50 (225250311-24.06.2027)	15878-DME-	1.00	206.98	0.00	206.98
130652011M	MAGLUMI FREE-TESTOSTERONE (CLIA) X 50 (258250211-25.04.2027)	15700-DME-	1.00	91.57	0.00	91.57
130655001M	MAGLUMI C-PEPTIDE (CLIA) X 50 (265250411-03.05.2027)	15698-DME-1223	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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	788.98	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	686.07
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	686.07
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	686.07
ICE	0.00
IVA 15%	102.91
VALOR TOTAL	788.98

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