



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000048797**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1903202601019036063600120010030000487979559912516

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2026-03-19T16:31:02-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1903202601019036063600120010030000487979559912516

**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: 19/03/2026

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
130654001M	MAGLUMI B2-MICROGLOBULIN (CLIA) X 50 (489250111-25.12.2026)	16734-DME-0624	1.00	339.13	0.00	339.13
130670003M	MAGLUMI ACTH (CLIA) X 50 (473250211-28.03.2027)	15900-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35

**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	574.48
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	574.48
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	574.48
ICE	0.00
IVA 15%	86.17
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>660.65</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	660.65	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 CÍA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699