



RUC.: 0190360636001

**NOTA DE CREDITO**

**No.: 001-003-000001458**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1203202604019036063600120010030000014586993197718

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2026-03-12T10:05:44-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1203202604019036063600120010030000014586993197718

**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: 12/03/2026

Dirección: AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC PLAZA DORAL LAB HOSPITAL VOZ ANDES Teléfono: 0993988774

Comprobante que se modifica: 001-003-000048194

Fecha Emisión (Comprobante a modificar): 23/02/2026

Razón de Modificación: error documento

Cod. Principal	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Aplica Iva	Precio Total
130652002M	MAGLUMI LH (CLIA) X 50 (252250211-04.11.2027)	1.00	91.57	0.00	S	91.57
130652006M	MAGLUMI PROLACTIN (CLIA) X 50 (253250211-16.03.2027)	1.00	91.57	0.00	S	91.57
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241250221-11.10.2027)	1.00	95.22	0.00	S	95.22
130653004M	MAGLUMI FREE T4 (CLIA) X 50 (245250311-14.05.2027)	1.00	80.70	0.00	S	80.70
130661004M	MAGLUMI 25-OH VITAMIN D (CLIA) X 50 (262250311-18.04.2027)	1.00	390.02	0.00	S	390.02
130655002M	MAGLUMI INSULIN (CLIA) X 50 (264250311-14.04.2027)	1.00	154.41	0.00	S	154.41
FLETE ENVIO	FLETE	1.00	10.00	0.00	S	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%	137.03
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,050.51</b>

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