



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000049075

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0104202601019036063600120010030000490756258058315

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-04-01T18:31:04-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0104202601019036063600120010030000490756258058315

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: 01/04/2026

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-	2.00	233.11	0.00	466.22
130653007M	MAGLUMI ANTI-TG (CLIA) X 50 (247250311-30.04.2027)	15696-DME-	2.00	174.93	0.00	349.86
130655007M	MAGLUMI IGF-I (CLIA) X 50 (460250321-24.06.2027)	15900-DME-	1.00	376.72	0.00	376.72
130601038M	MAGLUMI CA 15-3 (CLIA) X 50 (225250311-24.06.2027)	15878-DME-	1.00	206.98	0.00	206.98
130601525M	MAGLUMI HE4 (CLIA) X 50 (421250111-26.12.2026)	15878-DME-0124	1.00	609.05	0.00	609.05
130601521M	MAGLUMI H.PYLORI IGG (CLIA) X 50 (430250311-05.06.2027)	15831-DME-1223	1.00	150.18	0.00	150.18
130670002M	MAGLUMI CORTISOL (CLIA) X 50 (468250211-05.03.2027)	15931-DME-	1.00	112.12	0.00	112.12
130610023M	MAGLUMI ANTI-HBC(CLIA) (NO CE MARK) X 50 (453250611-28.04.2027)	15877-DME-0124	1.00	72.40	0.00	72.40

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	2,343.53
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	2,343.53
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,343.53
ICE	0.00
IVA 15%	351.53
VALOR TOTAL	2,695.06

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	2,695.06	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