



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000049313

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1004202601019036063600120010030000493137473543214

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-04-10T15:51:41-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1004202601019036063600120010030000493137473543214

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: 10/04/2026

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
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241250311-13.11.2027)	15696-DME-1223	2.00	95.22	0.00	190.44
130253004M	MAGLUMI FREE T4 (CLIA) X 100 (245250311-14.05.2027)	15696-DME-1223	1.00	154.31	0.00	154.31
130661004M	MAGLUMI 25-OH VITAMIN D (CLIA) X 50 (262250421-06.07.2027)	15633-DME-1123	1.00	390.02	0.00	390.02

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	734.77
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	734.77
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	734.77
ICE	0.00
IVA 15%	110.22
VALOR TOTAL	844.99

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	844.99	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