



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-00005356**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

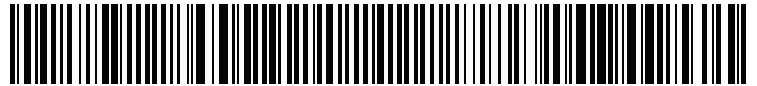
1507202401099285165100120019010000053561128090814

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-07-15T15:36:15-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1507202401099285165100120019010000053561128090814

**SICMAFARMA ECUADOR S.A.**

Dir. Matriz: NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS

Dir. Sucursal: PUERTO SANTA ANA, NUMA POMPILIO LLON

Teléfono: 0

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

**Agente de Retención Resolución No. 1**

Razon Social: HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

RUC/CI: 1160004660001

Fecha Emisión: 15/07/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AV. MANUEL AGUSTIN AGUIRRE JUAN JOSES

Teléfono: 07-2570540

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	23.05.5387	2026/05/31	200.00	0.2400	48.00
<b>Forma Pago</b>		<b>Valor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Tiempo</b>		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		48.00	0	0		
<b>Información Adicional:</b>						
<b>Email:</b> elsa.loaiza@hial.mspz7.gob.ec						
<b>Info transferencia:</b> Banco del Pacifico Cuenta corriente #8179565 RUC:0992851651001 Social: SICMAFARMA ECUADOR S.A.		Razon				
<b>Psd:</b> Por favor enviar el comprobante de transferencia al correo electronico comercial@sicmafarma.com y sicmafarma.com y contabilidad.ecuador@sicmafarma.com						
<b>VALOR TOTAL 48.00</b>						

El Art. 50 de la LORTI establece que los agentes de retención están obligados a entregar el respectivo comprobante de retención, dentro del término no mayor de cinco días de recibido el comprobante de venta, a las personas a quienes deben efectuar la retención. En caso de enviar el comprobante fuera del plazo establecido deberán cancelar la totalidad de la factura.

DatosAdicionales1 BASADO EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20230002533600

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA #4138

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA #4428