



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-000005400**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1907202401099285165100120019010000054003827490614

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-07-19T10:03:51-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1907202401099285165100120019010000054003827490614

**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 DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.

RUC/CI: 1768034870001

Fecha Emisión: 19/07/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AV. LAS DELICIAS AV. QUITO KM. 1

Teléfono: 23836260

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084009	AMPICILINA 1G, VIAL	2212011	2025/12/31	900.00	0.1500	135.00
<b>Forma Pago</b>		<b>Valor</b>	<b>Plazo</b>	<b>Tiempo</b>		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		135.00	0	0		
<b>Información Adicional:</b>						
<b>Email:</b>	gestionfarmacia2021@gmail.com					
<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 135.00</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 ORDEN DE COMPRA CE-20230002548308

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 5137