



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-000005403

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1907202401099285165100120019010000054031870588117

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-07-19T10:42:26-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1907202401099285165100120019010000054031870588117

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	2211003	2025/11/30	950.00	0.1500	142.50
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		142.50	0	0		
Información Adicional:						
Email:	gestionfarmacia2021@gmail.com					
Info transferencia:	Banco del Pacifico Cuenta corriente #8179565 RUC:0992851651001 Social: SICMAFARMA ECUADOR S.A.		Razon			
Psd:	Por favor enviar el comprobante de transferencia al correo electronico comercial@sicmafarma.com y sicmafarma.com y contabilidad.ecuador@sicmafarma.com					
VALOR TOTAL 142.50						

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-20230002548308

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 4163

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA 5069