



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-000005481

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0108202401099285165100120019010000054813348164913

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-08-01T13:54:40-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0108202401099285165100120019010000054813348164913

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 GENERAL SAN VICENTE DE PAULIBARRA

RUC/CI: 1060003600001

Fecha Emisión: 01/08/2024

Guía de Remisión:

Dirección: LUIS VARGAS TORRES S/N PASQUEL MONGE

Teléfono: 62957274

| Cod. Principal | Descripción | LOTE | VENCE | Cant. | Precio Unitario | Precio Total |
|----------------|---------------------|---------|------------|--------|-----------------|--------------|
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 400.00 | 0.1500 | 60.00 |
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 400.00 | 0.1500 | 60.00 |
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 400.00 | 0.1500 | 60.00 |
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 400.00 | 0.1500 | 60.00 |
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 400.00 | 0.1500 | 60.00 |
| 30602084009 | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 250.00 | 0.1500 | 37.50 |

| Forma Pago | Valor | Plazo | Tiempo |
|--|--------|-------|--------|
| OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO | 337.50 | 0 | 0 |

| | |
|---------------------------|---------------|
| SUBTOTAL SIN DESCUENTOS | 337.50 |
| VALOR DESCUENTOS | 0.00 |
| VALOR DESCUENTO ADICIO. | 0.00 |
| SUBTOTAL 15% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 337.50 |
| SUBTOTAL No objeto de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 337.50 |
| ICE | 0.00 |
| IVA 15% | 0.00 |
| VALOR TOTAL | 337.50 |

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.

Información Adicional:

Email: norma-auz@hotmail.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

Somos contribuyente Régimen general, sujetos a retenciones 1.75% en impuesto a la renta Cód. 312

DatosAdicionales1 BASADO EN ORDEN DE COMPRA CE-20240002594681

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 5133