



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-000005606

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1608202401099285165100120019010000056069211092918

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-08-16T14:26:12-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1608202401099285165100120019010000056069211092918

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 BASICO EL PUYO

RUC/CI: 1660010560001

Fecha Emisión: 16/08/2024

Guía de Remisión:

Dirección: CESLAO MARIN 1021 Y CURARAYPASTAZA, PASTAZAPUYO CABECERA
CANTONAL Y CAPITA

Teléfono: 03-2885378

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240306	2027/03/30	200.00	0.3256	65.12
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		65.12	0	0		
Información Adicional:						
Email:	ruth.procel@iess.gob.ec					
Info trasferencia:	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						65.12

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-20240002662565

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 5455