

**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

RUC.: 0992851651001

FACTURA**No.: 001-901-000005831****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0609202401099285165100120019010000058319915054619

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-09-06T15:34:25-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION**C L A V E D E A C C E S O**

0609202401099285165100120019010000058319915054619

Razon Social: HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.**RUC/CI:** 1768034870001**Fecha Emisión:** 06/09/2024**Guía de Remisión:****Dirección:** AV. LAS DELICIAS AV. QUITO KM. 1SANTO DOMINGO, SANTO DOMINGO
DE LOSSANTO DOMINGO DE LOS COLORADOS**Teléfono:** 23836260

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084009	AMPICILINA 1G, VIAL	2211001	2025/11/01	200.00	0.1500	30.00
Forma Pago						
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		Valor	Plazo	Tiempo		
		30.00	0	0		
Información Adicional:						
Email:	gestionfarmacia2021@gmail.com, factura.ecuador@sicmafarma.c					
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 30.00						

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 BASADA EN LA ORDEN DE COMPRA N°CE-20230002420856

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 3971

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA 5579