



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-000005862

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1009202401099285165100120019010000058622931902515

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-09-10T10:51:41-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1009202401099285165100120019010000058622931902515

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 ESMERALDAS SUR-DELFINATORRES DE

RUC/CI: 0860004310001

Fecha Emisión: 10/09/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AV.LIBERTAD S/N MANABIESMERALDAS, ESMERALDASBARTOLOME RUIZ

Teléfono: 62995100

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084009	AMPICILINA 1G, VIAL	2211001	2025/11/01	1,500.00	0.1500	225.00
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		225.00	0	0		
Información Adicional:						
Email:	roberth.cedenosolis@hdtc.gob.ec, 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					
Somos contribuyente Régimen general, sujetos a retenciones 1.75% en impuesto a la renta Cód. 312						
VALOR TOTAL 225.00						

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-20230002446621

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA N°3465

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA N°5668