

**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.: 001-901-000005887****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1209202401099285165100120019010000058875122539218

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-09-12T10:49:06-05:00

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

1209202401099285165100120019010000058875122539218

Razon Social: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA -COORDINACION ZONAL 5**RUC/CI:** 0968594570001**Fecha Emisión:** 12/09/2024**Guía de Remisión:****Dirección:** AV. 17 DE SEPTIEMBRE Y CRISTÓBAL COLMILAGRO, GUAYAS
NAMILAGRO, CABECERA CANTONAL

Teléfono: 099483175

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501008003	AMINOFILINA 250MG 10ML AT - BA - C100	22.10.5089	2025/10/30	400.00	0.2900	116.00
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		116.00	0	0		
Información Adicional:						
Email:	lissette.guaranda@saludzona5.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma			Razon		
Info trasferencia:	Banco del Pacifico Cuenta corriente #8179565 RUC:0992851651001 Social: SICMAFARMA ECUADOR S.A.					
Psd:	Por favor enviar el comprobante de transferencia al correo electronico comercial@sicmafarma.com y sicmafarma.com y contabilidad.ecuador@sicmafarma.com					
VALOR TOTAL 116.00						

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 BASADO EN LA ORDEN DE COMPRA N°CE-20230002429687

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FATURA N°2725

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA N°5642