

**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.: 001-901-000006031****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0210202401099285165100120019010000060318967000511

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-10-02T09:15:47-05:00

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

0210202401099285165100120019010000060318967000511

Razon Social: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCOARTEAGA**RUC/CI:** 0160017400001**Fecha Emisión:** 02/10/2024**Guía de Remisión:****Dirección:** RAYOLOMA S/N POPAYÁNCUENCA, AZUAYMONAY

Teléfono: 07-280762207-2809955

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084009	AMPICILINA 1G, VIAL	2211002	2025/11/01	400.00	0.1500	60.00
Forma Pago						
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		Valor	Plazo	Tiempo		
		60.00	0	0		
Información Adicional:						
Email:	manuel.guamanb@iess.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma.co			Razon		
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 60.00						

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

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-20230002435910
DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA N°3756