



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-00006069

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

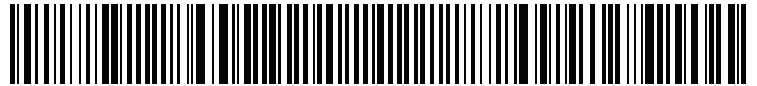
0810202401099285165100120019010000060696244532116

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-10-08T11:58:43-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0810202401099285165100120019010000060696244532116

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 CONCHA

RUC/CI: 0860004310001

Fecha Emisión: 08/10/2024

Guía de Remisión:

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

Teléfono: 62995100

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240307	2027/03/30	1,500.00	0.3256	488.40
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		488.40	0	0		
Información Adicional:						
Email:	roberth.cedenosolis@hdtc.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma.c					
Info transferencia:	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 488.40						

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.

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

DatosAdicionales1 BASADA EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20240002716960