

**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.: 001-901-000006216****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2510202401099285165100120019010000062163018697113

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-10-25T15:38:59-05:00

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

2510202401099285165100120019010000062163018697113

Razon Social: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR.ABEL GILBERT PONTON"
Fecha Emisión: 25/10/2024
Dirección: 29 Y GALAPAGOSGUAYAQUIL, GUAYASFEBRES CORDERO

RUC/CI: 0968503870001**Guía de Remisión:**

Teléfono: 0999999999

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240307	2027/03/30	50.00	0.3256	16.28
Forma Pago						
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		Valor	Plazo	Tiempo		
		16.28	0	0		
Información Adicional:						
Email:	carlos.paz@hospitalguayaquil.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma			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 16.28						

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-20240002692464