



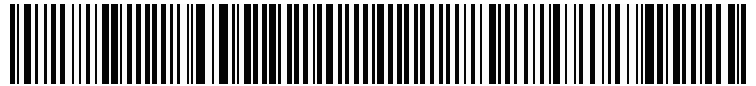
RUC.: 0992851651001

FACTURA**No.: 001-901-00006240****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0511202401099285165100120019010000062408193411410

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-11-05T12:08:56-05:00

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

0511202401099285165100120019010000062408193411410

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 SANTO DOMINGO

RUC/CI: 2360005160001

Fecha Emisión: 05/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección: SANTO DOMINGO - BOMBOLI - AV. EMILIOLSANTO DOMINGO DE LOS
TSACHILAS,ANTO DOMINGO

Teléfono: 2762002

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902	2027/04/30	100.00	0.2400	24.00
Forma Pago		Valor	Plazo	Tiempo		
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO		24.00	0	0		
Información Adicional:						
Email:	cz4.hgsd.adquisiciones@gmail.com, factura.ecuador@sicmafarma					
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 24.00						

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.

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

DatosAdicionales1 BASADA EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20240002641539