



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-00006312**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

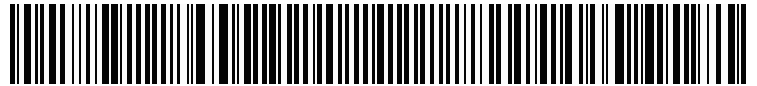
1211202401099285165100120019010000063129295940911

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-12T10:11:41-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1211202401099285165100120019010000063129295940911

**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

**CONTRIBUYENTE RÉGIMEN GENERAL**

**Agente de Retención Resolución No. 1**

**Razon Social:** HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTEAMBATO

**RUC/CI:** 1865000750001

**Fecha Emisión:** 12/11/2024

**Guía de Remisión:**

**Dirección:** AVENIDA PASTEUR 4144 AVENIDA UNIDADNAAMBATO, TUNGURAHUA NA LA  
MERCEDNA

**Teléfono:** 2823176032-821058

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	1,000.00	0.1150	115.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	600.00	0.1150	69.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	600.00	0.1150	69.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	600.00	0.1150	69.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	600.00	0.1150	69.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	600.00	0.1150	69.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	460.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	460.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	460.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	460.00
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>460.00</b>

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.

**Información Adicional:**

**Email:** gerencia.hgda@gmail.com, factura.ecuador@sicmafarma.com

**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

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

DatosAdicionales1 BASADA EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20240002576053