



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-00006319**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

121120240109928516510012001901000063192867661311

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-12T10:40:41-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



121120240109928516510012001901000063192867661311

**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 PEDIATRICO BACA ORTIZ

**RUC/CI:** 1768034950001

**Fecha Emisión:** 12/11/2024

**Guía de Remisión:**

**Dirección:** AV 6 DE DICIEMBRE AV COLON - PICHINCHQUITO, PICHINCHA NALA FLORESTANA

**Teléfono:** 02252623702222900

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	1,300.00	0.1150	149.50
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	1,000.00	0.1150	115.00
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	1,000.00	0.1150	115.00
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	1,000.00	0.1150	115.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	724.50	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	724.50
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	724.50
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	724.50
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>724.50</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:** mirtha.cordova@hbo.gob.ec, 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-20240002662321