



RUC.: 0992851651001

FACTURA

No.: 001-901-000006336

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1311202401099285165100120019010000063369300496915

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-11-13T10:55:29-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1311202401099285165100120019010000063369300496915

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 GINECO OBSTETRICO PEDIATRICO DENUEVA

RUC/CI: 1768182120001

Fecha Emisión: 13/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección

QUITUMBE ÑAN S/N CALLE QUILPICHINCHA, QUITOGUAMANI

Teléfono: 023948940

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	300.00	0.1150	34.50
0501040017	EPINEFRINA 1MG 1ML AA - T - C100 - EC .	24.07.5914	2026/07/30	300.00	0.1150	34.50

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	69.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	69.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	69.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	69.00
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
VALOR TOTAL	69.00

Información Adicional:	Razon
Email: roberto.beletanga@hgona.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma.c	
Info trasferencia: Banco del Pacifico Cuenta corriente #8179565 RUC:0992851651001 Social: SICMAFARMA ECUADOR S.A.	
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

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 REGISTRO SANITARIO GBE-0519-11-04