



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-000006394**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2011202401099285165100120019010000063949829563118

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-20T12:59:30-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2011202401099285165100120019010000063949829563118

**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 ALFREDO NOBOAMONTENEGRO

RUC/CI: 0260002540001

Fecha Emisión: 20/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección: SELVA ALEGRE J.M. CISNEROSGUARANDA, BOLIVAR NAANGEL POLIBIO  
CHAVES

Teléfono: 32981881

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	500.00	0.3256	162.80
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	500.00	0.3256	162.80
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	500.00	0.3256	162.80
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	500.00	0.3256	162.80
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	1,000.00	0.3256	325.60
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	240305	2027/03/30	1,000.00	0.3256	325.60

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,302.40	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,302.40
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	1,302.40
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,302.40
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,302.40</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:	compraspublicashanm@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

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

DatosAdicionales1 BASADO EN ORDEN DE COMPRA CE-20240002642649