

**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**

RUC.: 0992851651001

**FACTURA****No.: 001-901-000006418****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2811202401099285165100120019010000064181730755710

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-28T10:56:53-05:00

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

2811202401099285165100120019010000064181730755710

**Razon Social:** CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL YESPECIALIDADES,  
DIALISIS LA MARISCAL**RUC/CI:** 1768186110001**Fecha Emisión:** 28/11/2024**Guía de Remisión:****Dirección:** AV. CRISTOBAL COLON E8-38 GENERAL URBQUITO, PICHINCHA NA SANTA  
PRISCANA

Teléfono: 023936100

| Cod. Principal | Descripción                              | LOTE   | VENCE      | Cant. | Precio Unitario | Precio Total |
|----------------|--|--------|------------|-------|-----------------|--------------|
| 30602084005ant | CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY | 240304 | 2027/03/30 | 50.00 | 0.3256          | 16.28        |

| Forma Pago                                   | Valor | Plazo | Tiempo |
|--|-------|-------|--------|
| OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO | 16.28 | 0     | 0      |

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| SUBTOTAL SIN DESCUENTOS   | 16.28        |
| VALOR DESCUENTOS          | 0.00         |
| VALOR DESCUENTO ADICIO.   | 0.00         |
| SUBTOTAL 15%              | 0.00         |
| SUBTOTAL 0%               | 16.28        |
| SUBTOTAL No objeto de IVA | 0.00         |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS    | 16.28        |
| ICE                       | 0.00         |
| IVA 15%                   | 0.00         |
| <b>VALOR TOTAL</b>        | <b>16.28</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:** lidia.lopez@iess.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma.com**Info trasferencia:** 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-20240002733236

DatosAdicionales2 REEMPLAZO DE FACTURA NUMERO 000006321