

**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.: 001-901-000006474****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0512202401099285165100120019010000064748638863111

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-12-05T15:27:14-05:00

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

0512202401099285165100120019010000064748638863111

Razon Social: HOSPITAL GENERAL LATACUNGA**RUC/CI:** 0560012550001**Fecha Emisión:** 05/12/2024**Guía de Remisión:****Dirección:** QUITO S/N LEOPOLDO PINOLATACUNGA, COTOPAXIIGNACIO FLORES
(PARQUE FLORES)

Teléfono: 299-7503ext.1086_09

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	230612	2026/06/30	2,850.00	0.3256	927.96
Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo			
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	927.96	0	0			
Información Adicional:						
Email:	luis.duenas@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					
VALOR TOTAL						927.96

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 BASADO EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20230002485689

DatosAdicionales2 REEMPLAZA LA FACTURA 4222

DatosAdicionales3 REEMPLAZA LA FACTURA 5438

DatosAdicionales4 REEMPLAZA LA FACTURA 5798