



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-000006543**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1212202401099285165100120019010000065434144006411

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-12-12T12:47:27-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1212202401099285165100120019010000065434144006411

**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: COORDINACION ZONAL 8 - SALUD

RUC/CI: 0968594650001

Fecha Emisión: 12/12/2024

Guía de Remisión:

Dirección: KM. 23 VIA PERIMETRALGUAYAQUIL, GUAYAS NATARQUINA

Teléfono: 42591057

| Cod. Principal | Descripción         | LOTE    | VENCE      | Cant.  | Precio Unitario | Precio Total |
|----------------|---------------------|---------|------------|--------|-----------------|--------------|
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 200.00 | 0.1500          | 30.00        |
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 200.00 | 0.1500          | 30.00        |
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 200.00 | 0.1500          | 30.00        |
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 800.00 | 0.1500          | 120.00       |
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 800.00 | 0.1500          | 120.00       |
| 30602084009    | AMPICILINA 1G, VIAL | 2212011 | 2025/12/31 | 850.00 | 0.1500          | 127.50       |

| Forma Pago                                   | Valor  | Plazo | Tiempo |
|--|--------|-------|--------|
| OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO | 457.50 | 0     | 0      |

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| SUBTOTAL SIN DESCUENTOS   | 457.50        |
| VALOR DESCUENTOS          | 0.00          |
| VALOR DESCUENTO ADICIO.   | 0.00          |
| SUBTOTAL 15%              | 0.00          |
| SUBTOTAL 0%               | 457.50        |
| SUBTOTAL No objeto de IVA | 0.00          |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS    | 457.50        |
| ICE                       | 0.00          |
| IVA 15%                   | 0.00          |
| <b>VALOR TOTAL</b>        | <b>457.50</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: patricia.ramirez@saludzona8.gob.ec, 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-20240002618910

DatosAdicionales2 REEMPLAZA FACTURA 5027

DatosAdicionales3 REEMPLAZA FACTURA 6506