



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-00006553**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

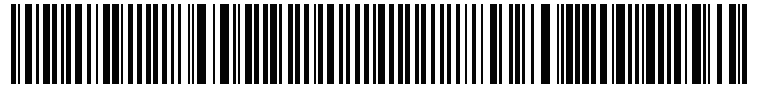
1612202401099285165100120019010000065539622318915

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-12-16T16:24:58-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1612202401099285165100120019010000065539622318915

**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 DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADEMARIN

RUC/CI: 1768046450001

Fecha Emisión: 16/12/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AYACUCHO S/N AV. 18 DE SEPTIEMBREQUITO, PICHINCHASANTA PRISCA

Teléfono: 2546843

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	500.00	0.2400	120.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	200.00	0.2400	48.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	200.00	0.2400	48.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	200.00	0.2400	48.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	100.00	0.2400	24.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.04.5902-1	2027/04/30	100.00	0.2400	24.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	312.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	312.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	312.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	312.00
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>312.00</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: maria.floreso@iess.gob.ec, factura.ecuador@sicmafarma.com

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 BASADA EN LA ORDEN DE COMPRA CE-20240002598590

DatosAdicionales2 REEMPLAZA A LA FACTURA 5994

DatosAdicionales3 REEMPLAZA A LA FACTURA 5999