



RUC.: 0992851651001

**FACTURA**

**No.: 001-901-00006572**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1712202401099285165100120019010000065725653197116

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-12-17T14:16:01-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1712202401099285165100120019010000065725653197116

**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 GENERAL MARCO VINICIO IZA

RUC/CI: 1560500320001

Fecha Emisión: 17/12/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AV. QUITO S/N VICENTE NARVAEZLAGO AGRIO, SUCUMBIO SNUEVA LOJA

Teléfono: 063700871

Cod. Principal	Descripción	LOTE	VENCE	Cant.	Precio Unitario	Precio Total
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	800.00	0.2400	192.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	800.00	0.2400	192.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	800.00	0.2400	192.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	800.00	0.2400	192.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	800.00	0.2400	192.00
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	24.07.5916	2027/07/30	500.00	0.2400	120.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,080.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,080.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	1,080.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,080.00
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,080.00</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:	Razon
<b>Email:</b> ofertasprocesoshgmvi@gmail.com, factura.ecuador@sicmafarma.	
<b>Info transferencia:</b> Banco del Pacifico Cuenta corriente #8179565 RUC:0992851651001 Social: SICMAFARMA ECUADOR S.A.	
<b>Psd:</b> 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 LA ORDEN DE COMPRA CE-20240002752438