

**SICMAFARMA ECUADOR S.A.**

Dir. Matriz: NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS

Teléfono: 0

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Agente de Retención Resolución No. 1

RUC.: 0992851651001

GUIAS DE REMISIÓN**No.: 001-902-00000422****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1510202406099285165100120019020000004225214224614

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-10-15T11:13:42-05:00

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

1510202406099285165100120019020000004225214224614

RUC/CI(Transportista): 0992640995001
Razón Social/Nombres Apellidos: QUICKDELIVERY SA
Punto de Partida: NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS
Fecha inicio Transporte: 15/10/2024 **Fecha Fin Transporte:** 31/10/2024 **Placa:** NO APLICA

Comprobante de Venta: 001-901-000006148 **Aut.:** 1510202401099285165100120019010000061489487038916 **Fec.Emisión:** 15/10/2024
Motivo Traslado: ENTREGA DE MERCADERIA
Destino(Punto de Llegada): HOSPITAL BASICO 1 BI EL ORO DIR:CALLE SUCRE S/N AV. JUBONES JUNTO AL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE PASA
RUC/CI (Destinatario): 1768002830001
Razón Social/Nombres Apellidos: HOSPITAL BASICO 1 BI EL ORO
Documento Aduanero: **Código Establecimiento Destino:**
Ruta:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	200.00	

Total: 200.00**Información Adicional****Email:** factura.ecuador@sicmafarma.com**Dirección:** QUINQUELLAS 6-1 LAS ACACIAS**Teléfono:****Recibido por:** _____

Solo firme si ha recibido TODOS los productos y en las cantidades especificadas en el documento.