



RUC.: 0992851651001

**GUIAS DE REMISIÓN**

**No.: 001-902-00000079**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

230720240609928516510012001902000000797679736411

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-07-23T11:53:30-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



230720240609928516510012001902000000797679736411

**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/CI(Transportista):** 0992640995001  
**Razón Social/Nombres Apellidos:** QUICKDELIVERY SA  
**Punto de Partida:** NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS  
**Fecha inicio Transporte:** 23/07/2024 **Fecha Fin Transporte:** 31/07/2024 **Placa:** PCE7899  
**Comprobante de Venta:** 001-901-000005432 **Aut.:** 2307202401099285165100120019010000054323075263819 **Fec.Emisión:** 23/07/2024  
**Motivo Traslado:** ENTREGA DE MERCADERIA  
**Destino(Punto de Llegada):** AVENIDA PASTEUR 4144 AVENIDA UNIDADNA  
**RUC/CI (Destinatario):** 1865000750001  
**Razón Social/Nombres Apellidos:** HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTEAMBATO  
**Documento Aduanero:** **Código Establecimiento Destino:**  
**Ruta:**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	6,600.00	
<b>Total:</b>		<b>6,600.00</b>	

**Información Adicional**

**Email:** johanna.caicedo@bomigroup.com,  
lorena.rodriguez@bomigroup.com, facturacion.ec@bo  
**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.*