

**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.: 001-902-00000126****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0608202406099285165100120019020000001265446142719

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-08-06T13:24:51-05:00

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

0608202406099285165100120019020000001265446142719

RUC/CI(Transportista): 0992640995001
Razón Social/Nombres Apellidos: QUICKDELIVERY SA
Punto de Partida: NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS
Fecha inicio Transporte: 06/08/2024 **Fecha Fin Transporte:** 31/08/2024 **Placa:** PCE7899

Comprobante de Venta: 001-901-000005508 **Aut.:** 0608202401099285165100120019010000055083809752713 **Fec.Emisión:** 06/08/2024
Motivo Traslado: ENTREGA DE MERCADERIA
Destino(Punto de Llegada): SIN NOMBRE 0L ARAZA
RUC/CI (Destinatario): 1560500590001
Razón Social/Nombres Apellidos: HOSPITAL GENERAL FRANCISCO DE ORELLANA
Documento Aduanero: **Código Establecimiento Destino:**
Ruta:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	200.00	
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	200.00	
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	600.00	

Total: 1,000.00**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.