



RUC.: 0992851651001

**GUIAS DE REMISIÓN**

**No.: 001-902-00000143**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0808202406099285165100120019020000001439553746411

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-08-08T12:25:50-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0808202406099285165100120019020000001439553746411

**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

<b>RUC/CI(Transportista):</b>	0992640995001				
<b>Razón Social/Nombres Apellidos:</b>	QUICKDELIVERY SA				
<b>Punto de Partida:</b>	NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS				
<b>Fecha inicio Transporte:</b>	08/08/2024	<b>Fecha Fin Transporte:</b>	31/08/2024	<b>Placa:</b>	PCE7899
<b>Comprobante de Venta:</b>	001-901-000005539	<b>Aut.:</b>	0808202401099285165100120019010000055391370600216	<b>Fec.Emisión:</b>	08/08/2024
<b>Motivo Traslado:</b>	ENTREGA DE MERCADERIA				
<b>Destino(Punto de Llegada):</b>	EL ORO / MACHALA / LA PROVIDENCIABUEN				
<b>RUC/CI (Destinatario):</b>	0760004760001				
<b>Razón Social/Nombres Apellidos:</b>	HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA				
<b>Documento Aduanero:</b>	<b>Código Establecimiento Destino:</b>				
<b>Ruta:</b>					

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	100.00	
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	100.00	

**Total:** 200.00

**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.*