



RUC.: 0992851651001

**GUIAS DE REMISIÓN**

**No.: 001-902-00000220**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2308202406099285165100120019020000002205803126314

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-08-23T11:40:39-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2308202406099285165100120019020000002205803126314

**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:	23/08/2024	Fecha Fin Transporte:	31/08/2024	Placa:	NO APLICA

Comprobante de Venta:	001-901-000005681	Aut.:	2308202401099285165100120019010000056811960159415	Fec.Emisión:	23/08/2024
Motivo Traslado:	ENTREGA DE MERCADERIA				
Destino(Punto de Llegada):	AV. LAS DELICIAS AV. QUITO KM. 1				
RUC/CI (Destinatario):	1768034870001				
Razón Social/Nombres Apellidos:	HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.				
Documento Aduanero:	Código Establecimiento Destino:				
Ruta:					

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
0501050017	FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE	200.00	
<b>Total:</b>		<b>200.00</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.