



RUC.: 0992851651001

**GUIAS DE REMISIÓN**

**No.: 001-902-000000468**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2210202406099285165100120019020000004682406387918

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-10-22T11:59:57-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2210202406099285165100120019020000004682406387918

**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:        | 22/10/2024                           | Fecha Fin Transporte: | 31/10/2024 | Placa: | NO APLICA |

|                                 |   |       |   |              |            |
|---------------------------------|---|-------|---|--------------|------------|
| Comprobante de Venta:           | 001-901-000006188   | Aut.: | 2210202401099285165100120019010000061887316498914 | Fec.Emisión: | 22/10/2024 |
| Motivo Traslado:                | ENTREGA DE MERCADERIA   |       |   |              |            |
| Destino(Punto de Llegada):      | VIA PUERTO NAPOTENA, NAPO NATENA, CABECERA CANTONAL Y CAPIT     |       |   |              |            |
| RUC/CI (Destinatario):          | 1560510470001   |       |   |              |            |
| Razón Social/Nombres Apellidos: | CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIOHOSPITAL DEL DIA - EL TENA |       |   |              |            |
| Documento Aduanero:             | Código Establecimiento Destino:                                 |       |   |              |            |
| Ruta:                           |   |       |   |              |            |

| CODIGO        | DESCRIPCION                               | CANTIDAD      | CODIGO AUX |
|---------------|---|---------------|------------|
| 0501050017    | FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE | 100.00        |            |
| <b>Total:</b> |   | <b>100.00</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.*