

**SICMAFARMA ECUADOR S.A.**

Dir. Matriz: NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS

Teléfono: 0

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

**CONTRIBUYENTE RÉGIMEN GENERAL**

Agente de Retención Resolución No. 1

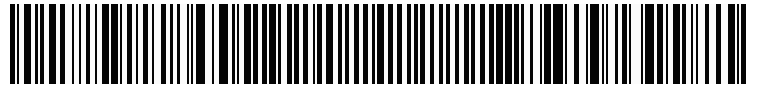
RUC.: 0992851651001

**GUIAS DE REMISIÓN****No.: 001-902-00000533****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1211202406099285165100120019020000005339993897710

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-12T10:52:16-05:00

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

1211202406099285165100120019020000005339993897710

<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>	12/11/2024	<b>Fecha Fin Transporte:</b>	30/11/2024	<b>Placa:</b>	NO APLICA
<b>Comprobante de Venta:</b>	001-901-000006321	<b>Aut.:</b>	1211202401099285165100120019010000063213744368919	<b>Fec.Emisión:</b>	12/11/2024
<b>Motivo Traslado:</b>	ENTREGA DE MERCADERIA				
<b>Destino(Punto de Llegada):</b>	AV. CRISTOBAL COLON E8-38 GENERAL URBQUITO, PICHINCHA NA SANTA PRISCANA				
<b>RUC/CI (Destinatario):</b>	1768186110001				
<b>Razón Social/Nombres Apellidos:</b>	CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL YESPECIALIDADES, DIALISIS LA MARISCAL				
<b>Documento Aduanero:</b>	<b>Código Establecimiento Destino:</b>				
<b>Ruta:</b>					

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	CODIGO AUX
30602084005	CEFTRIAXONA 1G IM.IV POLVO PARA SOL. INY	50.00	
<b>Total:</b>		<b>50.00</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.