

**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.: 001-902-00000758****NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1612202406099285165100120019020000007583082804911

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-12-16T11:21:30-05:00

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

1612202406099285165100120019020000007583082804911

| | | | | | |
|--|---|------------------------------|---|---------------------|------------|
| RUC/CI(Transportista): | 0992640995001 | | | | |
| Razón Social/Nombres Apellidos: | QUICKDELIVERY SA | | | | |
| Punto de Partida: | NUMA POMPILIO LLONA S/N Y RIO GUAYAS | | | | |
| Fecha inicio Transporte: | 16/12/2024 | Fecha Fin Transporte: | 31/12/2024 | Placa: | NO APLICA |
| Comprobante de Venta: | 001-901-000006547 | Aut.: | 1612202401099285165100120019010000065475795974712 | Fec.Emisión: | 16/12/2024 |
| Motivo Traslado: | ENTREGA DE MERCADERIA | | | | |
| Destino(Punto de Llegada): | JULIAN CORONEL 900 JOSE MASCOTEGUAYAQUIL, GUAYASTARQUI | | | | |
| RUC/CI (Destinatario): | 0968504680001 | | | | |
| Razón Social/Nombres Apellidos: | HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DR. JOSE DANIELRODRIGUEZ MARIDUEÑA | | | | |
| Documento Aduanero: | Código Establecimiento Destino: | | | | |
| Ruta: | | | | | |

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | CODIGO AUX |
|---------------|---|---------------|------------|
| 0501050017 | FITOMENADIONA 10MG/ML SOLUCION INYECTABLE | 200.00 | |
| 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.