

**INSTITUTO DE MICROCIRUGIA OCULAR INMICROCSA SA**

Dir Matriz: Km 12.5 Av. Leon Febres Cordero junto a Piazza Villa Club Edificio: Clínica de la Piazza.

Dir Sucursal: Km 12.5 Av. Leon Febres Cordero junto a Piazza Villa Club Edificio: Clínica de la Piazza.

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

RUC: 0992807342001

FACTURA No. 001-005-000004328

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

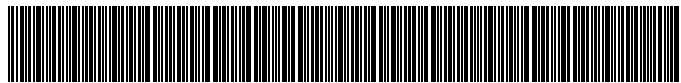
1406202101099280734200120010050000043281631953216

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-06-14T10:56:21-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1406202101099280734200120010050000043281631953216

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: CARLOS AMADO REYES ZUING

Identificación: 1102856281

Dirección: CIUDAD DE LOJA

Fecha Emisión: 14/06/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61
0101020050	4	IBUPROFENO 400MG DOLORGESIC	0.40	0.00	1.60

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: CIUDAD DE LOJA

Teléfono: 0992105959/0995602995

Email: carlos2015amado@hotmail.com

Paciente: CARLOS AMADO REYES ZUING

Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	9.21
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	9.21
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	9.21

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	9.21		