

**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. 001-005-000003779

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

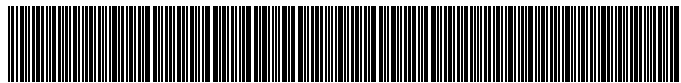
0104202101099280734200120010050000037790950690110

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-04-01T15:36:24-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0104202101099280734200120010050000037790950690110

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ITURRALDE IRAHOLA JUAN CARLOS
Identificación: 1755258108
Dirección: URB. PUERTO AZUL CONJUNTO BLUE PARK BLOQ H
Fecha Emisión: 01/04/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0204040690	4	PRUEBA HISOPADO DE ANTIGENO COVID 19	25.00	0.00	100.00

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: URB. PUERTO AZUL CONJUNTO BLUE PARK BLOQ H
Telefono: 0939304313
Email: juaniturralde23@gmail.com
Paciente: ITURRALDE IRAHOLA JUAN CARLOS
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	100.00
SUBTOTAL 12%	100.00
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	12.00
VALOR TOTAL	112.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	112.00		