

**INSTITUTO DE MICROCIURUGIA 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. 001-006-000001439

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

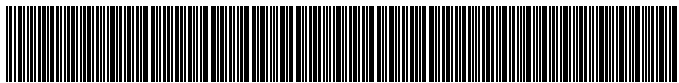
2807202101099280734200120010060000014394991655415

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-28T15:08:37-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2807202101099280734200120010060000014394991655415

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: ROBERTO JAVIER MINUCHE TRUJILLO

Identificación: 0701861775

Dirección: MACHALA

Fecha Emisión: 28/07/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
281021	1	ANGIOFLUORESCINOGRFIA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	85.00	0.00	85.00
IMA010	1	RETINOGRFIA PANORAMICA	50.00	0.00	50.00

**INFORMACION ADICIONAL**

Direccion: MACHALA

Telefono: 0994074734/0999616828

Email: rja\_minuche@hotmail.com

Plan: CLIENTES PARTICULARES

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	135.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	135.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	135.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	135.00		