

**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. 001-005-000002638

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

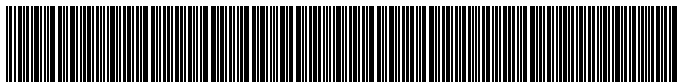
1410202001099280734200120010050000026389710321211

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-10-14T13:41:56-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1410202001099280734200120010050000026389710321211

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: DIANA RAMOS
Identificación: 0915612022
Dirección: CIUDAD CELESTE
Fecha Emisión: 14/10/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040324	1	HIALURONATO DE SODIO 2mg/ml HYLO COMOD FORTE	15.00	0.00	15.00

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: CIUDAD CELESTE
Telefono: 0992324274
Email: info@cive.ec
Paciente: DIANA RAMOS

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	15.00
SUBTOTAL 12%	15.00
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	1.80
VALOR TOTAL	16.80

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	16.80		