

**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. 001-005-000004845

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

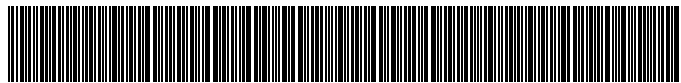
1608202101099280734200120010050000048450633439613

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-08-16T16:27:26-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1608202101099280734200120010050000048450633439613

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: AURA DOLORES AUHING TRIVIÑO
Identificación: 0900126137
Dirección: KM 11.5 VIA A LA COSTA CDLA TORRES DEL SALADO
Fecha Emisión: 16/08/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040319	1	CICLOSPORINA 0.05% RESTASIS 30 VIALES	40.69	0.00	40.69
0102040324	1	HIALURONATO DE SODIO 2mg/ml HYLO COMOD FORTE	15.00	0.00	15.00
0102040260	1	LOTEPREDNOL ETABONATO 0.5% LOTESOFT 5ML	9.65	0.00	9.65
0103020040	1	VISTAGEL GEL CARBOMERO (ACIDO POLIACRILICO) 0.2%	9.00	0.00	9.00

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: KM 11.5 VIA A LA COSTA CDLA TORRES DEL SALADO
Telefono: 0999776553/0991285403
Email: cscruz1946@yahoo.es
Paciente: AURA DOLORES AUHING TRIVIÑO
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	74.34
SUBTOTAL 12%	15.00
SUBTOTAL 0%	59.34
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	1.80
VALOR TOTAL	76.14

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	76.14		