

**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. 001-005-000003679

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

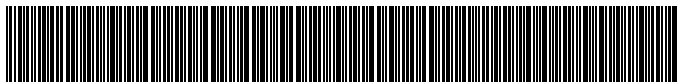
1803202101099280734200120010050000036794447280712

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-03-18T11:56:48-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1803202101099280734200120010050000036794447280712

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: ROSA JACINTA GARCES VELEZ

Identificación: 0901939397

Dirección: BOSQUES DE LA COSTA

Fecha Emisión: 18/03/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0204040690	1	PRUEBA HISOPADO DE ANTIGENO COVID 19	40.18	0.00	40.18

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: BOSQUES DE LA COSTA

Teléfono: 0992305560/

Email: rosagarcsv@hotmail.com

Paciente: ROSA JACINTA GARCES VELEZ

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	40.18
SUBTOTAL 12%	40.18
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	4.82
VALOR TOTAL	45.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	45.00		