

**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. 001-004-000000348

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

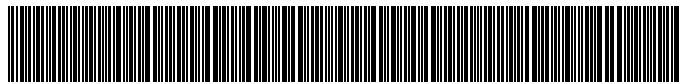
1109201901200100400000034809928073426

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2019-09-11T08:43:43-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1109201901099280734200120010040000003485956107011

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: KEVIN ALEXANDER VITE CEDEÑO

Identificación: 1313313734

Dirección: MANTA

Fecha Emisión: 11/09/2019

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
92004	1	COMPLETO NUEVO PACIENTE UNA O MÁS VISITAS.	70.00	0.00	70.00

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: MANTA

Teléfono: 0968422203

Email: evelyn_maevi@hotmail.com

Observación: PACIENTE: VITE CEDEÑO EVELYN GEORGINA

Plan: CLIENTES PARTICULARES

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	70.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	70.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	70.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	70.00		