

**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. 001-005-000005752

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0312202101099280734200120010050000057520754656819

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-12-03T09:45:11-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0312202101099280734200120010050000057520754656819

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: JUAN ALBERTO RAMIREZ JARAMILLO

Identificación: 0900542309

Dirección: 24 Y SEDALANA

Fecha Emisión: 03/12/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040325	1	SYSTANE HIDRATACION 10ML	12.95	0.00	12.95

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: 24 Y SEDALANA

Teléfono: 0984850181/0984573801

Email: darm\_36@hotmail.com

Paciente: JUAN ALBERTO RAMIREZ JARAMILLO

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	12.95
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	12.95
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	12.95

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	12.95		