

**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. 001-005-000005791

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

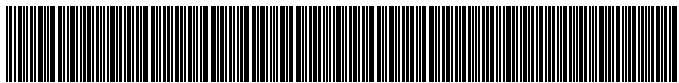
0712202101099280734200120010050000057912381246211

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-12-07T12:58:23-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0712202101099280734200120010050000057912381246211

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: JOHNNY PEDRO RUIZ CAICEDO

Identificación: 1202433098

Dirección: BABAHOYO

Fecha Emisión: 07/12/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040268	1	SYSTANE ULTRAOFT. SOL. X 10ML	11.10	0.00	11.10
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: BABAHOYO

Teléfono: 0939407971/0982555737

Email: johnnypedroruiz72@hotmail.com

Paciente: JOHNNY PEDRO RUIZ CAICEDO

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	18.71
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	18.71
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	18.71

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	18.71		