



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. 001-006-000001529

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

3008202101099280734200120010060000015291398728817

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-08-30T08:53:05-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



3008202101099280734200120010060000015291398728817

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: SYLVANIA PATRICIA CHALEN NOROÑA
Identificación: 0908947500
Dirección: VILLA CLUB
Fecha Emisión: 30/08/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
281021	1	ANGIOFLUORESCINOGRFIA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	72.00	0.00	72.00

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: VILLA CLUB
Teléfono: 0939912888
Email: paolofigini57@gmail.com
Plan: SALUD (REEMBOLSO) NIVEL 5
Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	72.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	72.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	72.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	72.00		