

**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. 001-005-000003457

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

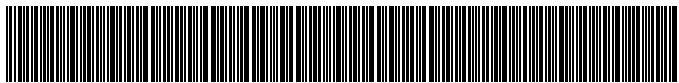
1202202101099280734200120010050000034572255526511

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-02-12T15:39:00-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1202202101099280734200120010050000034572255526511

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: MAGALY JACQUELINE AMBROSI ALCIVAR

Identificación: 0912649290

Dirección: URB VISTA SOL MZ G VILLA 4

Fecha Emisión: 12/02/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040325	1	SYSTANE HIDRATACION 10ML	12.70	0.00	12.70
0102040318	1	SPLASH TEARS LAGRIMA ARTIFICIAL 15ML	9.90	0.00	9.90

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: URB VISTA SOL MZ G VILLA 4

Teléfono: 0991221708/0993747527

Email: magaliambrosi@hotmail.com

Paciente: MAGALY JACQUELINE AMBROSI ALCIVAR

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	22.60
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	22.60
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	22.60

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	22.60		