

**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. 001-006-000000459

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

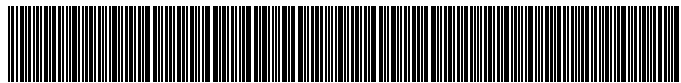
1906202001099280734200120010060000004596085329318

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-06-19T13:54:56-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1906202001099280734200120010060000004596085329318

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: KARINA CHOEZ FUENTES

Identificación: 0930332713

Dirección: SAUCES 6 MZ 259 F38 V3

Fecha Emisión: 19/06/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
281021	1	ANGIOFLUORESCINOGRFIA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	85.00	0.00	85.00

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: SAUCES 6 MZ 259 F38 V3

Teléfono: 0994740641

Email: karypetit-@hotmail.com

Plan: CLIENTES PARTICULARES

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	85.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	85.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	85.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	85.00		