

**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. 001-004-000002010

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

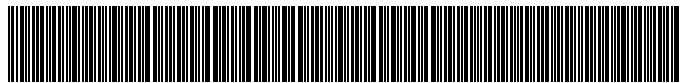
0506202001099280734200120010040000020105446865511

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-06-05T14:40:37-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0506202001099280734200120010040000020105446865511

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: MEDINA ARBOLEDA JOSE  
Identificación: 0906163415  
Dirección: CDAD CELESTE ETAPA LA BRISA  
Fecha Emisión: 05/06/2020

| Cod Principal | Cantidad | Descripción  | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|--|-----------------|-----------|--------------|
| NUECIT        | 1        | Servicios oftalmologicos: examen medico y evaluacion con inicio de un programa de diagnostico y tratamiento, intermedio, nuevo paciente. | 70.00           | 0.00      | 70.00        |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Dirección: CDAD CELESTE ETAPA LA BRISA  
Telefono: 2184810  
Email: josemedinaarboleda@hotmail.com  
Observación: PACIENTE: BARROS LASCANO BERTHA YOLANDA  
Plan: CLIENTES PARTICULARES

|                        |       |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 70.00 |
| SUBTOTAL 12%           | 0.00  |
| SUBTOTAL 0%            | 70.00 |
| DESCUENTOS             | 0.00  |
| IVA 12%                | 0.00  |
| VALOR TOTAL            | 70.00 |

| FORMA DE PAGO                                    | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 70.00 |       |        |