



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. 001-005-000003846

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1404202101099280734200120010050000038467975397219

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-04-14T10:55:27-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1404202101099280734200120010050000038467975397219

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: OLGA ISABEL DELGADO CALDERON
Identificación: 0909974255
Dirección: URB ENTRE LAGOS KM 7.5 G33 VI SAMBORONDON
Fecha Emisión: 14/04/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|-----------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| 0101020031 | 6 | CIPROFLOXACINO CIRIAX 500MG | 1.80 | 0.00 | 10.80 |

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: URB ENTRE LAGOS KM 7.5 G33 VI SAMBORONDON
Telefono: 0967317565/
Email: olgadelgado@hotmail.com
Paciente: OLGA ISABEL DELGADO CALDERON
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

| | |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 10.80 |
| SUBTOTAL 12% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 10.80 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| IVA 12% | 0.00 |
| VALOR TOTAL | 10.80 |

| FORMA DE PAGO | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 10.80 | | |