

**INSTITUTO DE MICROCIRUGIA OCULAR INMICROCSA SA**

Dir Matriz: Km 12.5 Av. Leon Febres Cordero junto a Piazza Villa Club Edificio: Clinica de la Piazza.

Dir Sucursal: Km 12.5 Av. Leon Febres Cordero junto a Piazza Villa Club Edificio: Clinica de la Piazza.

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

RUC: 0992807342001

FACTURA No. 001-005-000003815

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

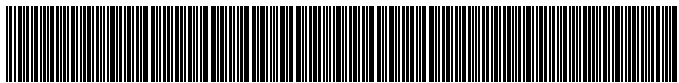
1204202101099280734200120010050000038151376522017

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-04-12T09:23:23-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1204202101099280734200120010050000038151376522017

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: BERTHA MORAN CENTENO

Identificación: 0900717349

Dirección: GUAYAQUIL

Fecha Emisión: 12/04/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0204040690	1	PRUEBA HISOPADO DE ANTIGENO COVID 19	40.18	0.00	40.18

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: GUAYAQUIL

Teléfono: 0991822498

Email: info@cive.ec

Paciente: BERTHA EDITH MORAN CENTENO

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	40.18
SUBTOTAL 12%	40.18
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	4.82
VALOR TOTAL	45.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	45.00		