



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. 001-006-000000566

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

2907202001099280734200120010060000005669950640513

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-07-29T07:57:06-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2907202001099280734200120010060000005669950640513

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: LILIA REBECA SALAZAR VALVERDE
Identificación: 0907007470
Dirección: VILLA CLUB ESTAPA ESTELAR MZ 9 VILLA 12
Fecha Emisión: 29/07/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
281021	1	ANGIOFLUORESCINOGRAMA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	72.00	0.00	72.00
IMA003	1	OCT MACULAR	56.00	0.00	56.00

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: VILLA CLUB ESTAPA ESTELAR MZ 9 VILLA 12
Telefono: 0991681511/
Email: liliasalazar@gmail.com
Plan: SALUD (REEMBOLSO) NIVEL 5

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	128.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	128.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	128.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	128.00		