

**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. 001-005-000005813

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

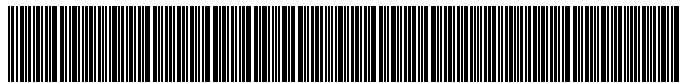
1012202101099280734200120010050000058130936276915

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-12-10T09:37:18-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1012202101099280734200120010050000058130936276915

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: PEDRO PASCUAL CASTRO REYES

Identificación: 0905716742

Dirección: 28 Y LA M

Fecha Emisión: 10/12/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040268	1	SYSTANE ULTRAOFT. SOL. X 10ML	11.10	0.00	11.10
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61
0101020050	5	IBUPROFENO 400MG DOLORGESIC	0.40	0.00	2.00
0101020050	1	IBUPROFENO 400MG DOLORGESIC	0.40	0.00	0.40

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: 28 Y LA M

Teléfono: 0990973608/

Email: info@cive.ec

Paciente: PEDRO PASCUAL CASTRO REYES

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	21.11
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	21.11
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	21.11

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	21.11		