

**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. 001-005-000003343

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

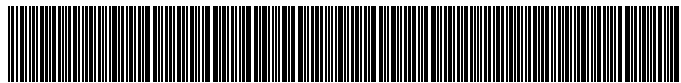
2601202101099280734200120010050000033435824048316

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-01-26T13:33:41-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2601202101099280734200120010050000033435824048316

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: CARLOS LUIS HERNANDEZ BRAVO  
Identificación: 0903706018  
Dirección: URB CAMINO DEL RIO MZ 3 VILLA 30  
Fecha Emisión: 26/01/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040303	1	LATANOPROST 0.005%, TIMOLOL - LATOF T 2.5 ML	22.81	0.00	22.81

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: URB CAMINO DEL RIO MZ 3 VILLA 30  
Telefono: 0994569547/0994503176  
Email: carlosluishernandez@hotmail.com  
Paciente: CARLOS LUIS HERNANDEZ BRAVO  
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	22.81
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	22.81
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	22.81

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	22.81		