

**INSTITUTO DE MICROCIURUGIA 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. 001-005-000003689

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

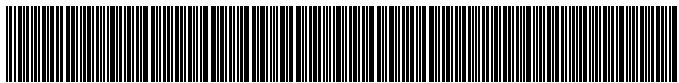
1903202101099280734200120010050000036899075419914

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-03-19T12:32:07-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1903202101099280734200120010050000036899075419914

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: GABRIELA FERNANDA REVILLA DIAZ  
Identificación: 0918711706  
Dirección: CDLA LUIS MOREJON ALMEIDA MZ B5 VILLA 17  
Fecha Emisión: 19/03/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0103020035	1	Systane Gel Drops 10 ml	12.43	0.00	12.43
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: CDLA LUIS MOREJON ALMEIDA MZ B5 VILLA 17  
Telefono: 0990185363/0990151690  
Email: gabitarevi2014@gmail.com  
Paciente: GABRIELA FERNANDA REVILLA DIAZ  
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	20.04
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	20.04
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	20.04

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	20.04		