

**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. 001-005-000002658

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

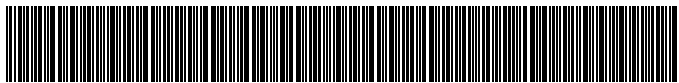
1510202001099280734200120010050000026584517675014

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-10-15T13:21:34-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1510202001099280734200120010050000026584517675014

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ARISTIDES YORYI CABRERA RENDON

Identificación: 0912216546

Dirección: BALZAR

Fecha Emisión: 15/10/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040261	1	MOXIFLOXACINO CLOHIDRATO - LAMOFLOX0.5% FCO. GOT. 5ML	13.28	0.00	13.28
0102010096	1	ATROPINA SULFATO 1%	7.17	0.00	7.17
0102040329	1	PREDNISOLONA 1% PREDISO 5ML	5.04	0.00	5.04

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: BALZAR

Telefono: 0960549055/2030173

Email: info@cive.ec

Paciente: ARISTIDES YORYI CABRERA RENDON

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	25.49
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	25.49
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	25.49

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	25.49		