

**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. 001-004-000000666

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

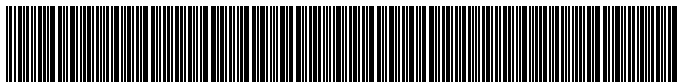
1610201901200100400000066609928073421

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2019-10-16T10:18:02-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1610201901099280734200120010040000006665029120310

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: MARTINEZ MACCHIAVELLO FANNY ANGELA

Identificación: 0903127017

Dirección: 4250 RIO PLATA VIA SAMBORONDON EDIF 3 DPTO 301A

Fecha Emisión: 16/10/2019

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
92004	1	COMPLETO NUEVO PACIENTE UNA O MÁS VISITAS.	70.00	0.00	70.00

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Dirección: 4250 RIO PLATA VIA SAMBORONDON EDIF 3 DPTO 301A

Telefono: 6013198/0997366773

Email: angela\_de\_manrique@hotmail.com

Observación: PACIENTE: NACER ATARIGUANA JULIA PIEDAD

Plan: CLIENTES PARTICULARES

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	70.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	70.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	70.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	70.00		