

**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.

AGENTE DE RETENCION

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

RUC: 0992807342001

FACTURA No. 001-004-000003359

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

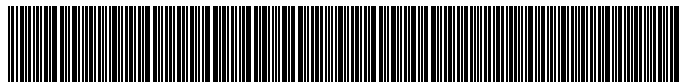
1910202001099280734200120010040000033592680837110

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-10-19T13:38:22-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1910202001099280734200120010040000033592680837110

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: DR FERNANDO POLIT HUERTA  
Identificación: 0905192860001  
Dirección: Clinica Kennedy Samborondon Torre Beta  
Fecha Emisión: 19/10/2020

| Cod Principal | Cantidad | Descripción   | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|---|-----------------|-----------|--------------|
| GRP0001       | 1        | POR CONCEPTO DE SERVICIOS MEDICOS OFTALMOLOGICOS PACIENTE CARLOS MANCHENO CIRUGIA DE RECRUBRIMIENTO CONJUNTIVAL | 400.00          | 0.00      | 400.00       |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Dirección: Clinica Kennedy Samborondon Torre Beta  
Telefono: 042838641  
Email: fepohue@hotmail.com  
Plan: DR. POLIT HUERTA FERNANDO EDUARDO

|                        |        |
|------------------------|--------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 400.00 |
| SUBTOTAL 12%           | 0.00   |
| SUBTOTAL 0%            | 400.00 |
| DESCUENTOS             | 0.00   |
| IVA 12%                | 0.00   |
| VALOR TOTAL            | 400.00 |

| FORMA DE PAGO                                    | VALOR  | PLAZO | TIEMPO |
|--|--------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 400.00 |       |        |