



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. 001-005-000004623

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

2007202101099280734200120010050000046231673047210

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-20T15:25:46-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2007202101099280734200120010050000046231673047210

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: KATTY MIROSLAVA FUENTES VALDEZ
Identificación: 1709115073
Dirección: MARIANA RODRIGUEZ Y FRANKLIN TORRES BUENA FE
Fecha Emisión: 20/07/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040268	1	SYSTANE ULTRAOFT. SOL. X 10ML	11.10	0.00	11.10

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: MARIANA RODRIGUEZ Y FRANKLIN TORRES BUENA FE
Telefono: 0987044097/52952710/0960669618
Email: info@cive.ec
Paciente: KATTY MIROSLAVA FUENTES VALDEZ
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	11.10
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	11.10
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	11.10

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	11.10		