

**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. 001-005-000003835

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

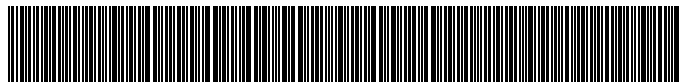
1304202101099280734200120010050000038351560481718

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-04-13T12:41:57-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1304202101099280734200120010050000038351560481718

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: PEREZ RANGEL YARLING CAROLINA

Identificación: 0963197140

Dirección: Alborada XII residencias Vista Towers

Fecha Emisión: 13/04/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0204040690	1	PRUEBA HISOPADO DE ANTIGENO COVID 19	25.00	0.00	25.00

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: Alborada XII residencias Vista Towers

Teléfono: 0959795907

Email: perezita1109@gmail.com

Paciente: YARLING PEREZ RANGEL

Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	25.00
SUBTOTAL 12%	25.00
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	3.00
VALOR TOTAL	28.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	28.00		