

**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. 001-006-000001770

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

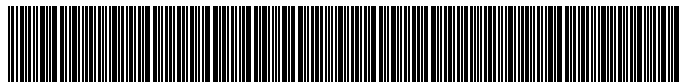
1712202101099280734200120010060000017707111640419

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-12-17T11:03:28-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1712202101099280734200120010060000017707111640419

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: JORGE BOLIVAR VELEZ REGALADO  
Identificación: 0100791227  
Dirección: MILAGRO / GARCIA MORENO 1622 Y ELOY ALFARO  
Fecha Emisión: 17/12/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
IMA003	1	OCT MACULAR	85.00	0.00	85.00
281021	1	ANGIOFLUORESCENOGRAMIA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	85.00	0.00	85.00

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: MILAGRO / GARCIA MORENO 1622 Y ELOY ALFARO  
Telefono: 0989093615/0985869444  
Email: blvelez\_49@hotmail.com  
Plan: CLIENTES PARTICULARES  
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	170.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	170.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	170.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	170.00		