

**INSTITUTO DE MICROCIURUGIA 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. 001-005-000003833

NERO DE AUTORIZACI:

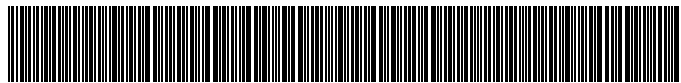
1304202101099280734200120010050000038339359188018

FECHA Y HORA DE AUTORIZACI: 2021-04-13T11:12:41-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISI: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1304202101099280734200120010050000038339359188018

INFORMACI DEL CLIENTE

Raz Social / Nombres y Apellidos: POLIT HOYOS ANDRES FERNANDO
Identificaci: 0917185142
Direcci: SAMBORONDON LA PUNTILLA
Fecha Emisi: 13/04/2021

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

INFORMACION ADICIONAL

Direccion: SAMBORONDON LA PUNTILLA
Telefono: 0
Email: andrespolith@gmail.com
Paciente: ANDRES POLIT HOYOS
Observacion: PRUEBA HISOPADO ANTIGENO REALIZADA EL 26/3/2021
CampoAdicional: 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 UTILIZACI DE SISTEMA FINANCIERO	28.00		