

**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. 001-004-000006507

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1409202101099280734200120010040000065070299554810

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-09-14T14:19:38-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1409202101099280734200120010040000065070299554810

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: PROAÑO ALEXANDROVA STEFANY
Identificación: 1714302062
Dirección: ENTRE RIOS AV 15TA MZ G SOLAR 7-8
Fecha Emisión: 14/09/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
92004	1	COMPLETO NUEVO PACIENTE UNA O MÁS VISITAS.	70.00	0.00	70.00

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: ENTRE RIOS AV 15TA MZ G SOLAR 7-8
Telefono: 0990777281/0995496252
Email: stefany.alexandrova@gmail.com
Observación: PACIENTE: GARCIA PROAÑO JUAN MARTIN
Plan: CLIENTES PARTICULARES
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	70.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	70.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	70.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	70.00		