



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. 001-005-000004637

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

2107202101099280734200120010050000046379517225119

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-21T14:09:14-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2107202101099280734200120010050000046379517225119

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: GRACE KATHERINE SALAZAR LEON
Identificación: 0913240370
Dirección: EMILIANO CAICEDO ENTRE 24 DE MAYO Y ROCAFUERTE
Fecha Emisión: 21/07/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|--|-----------------|-----------|--------------|
| 0102040338 | 1 | HIALURONATO DE SODIO 0.4% OFTAFILM SP 10ML | 8.18 | 0.00 | 8.18 |

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: EMILIANO CAICEDO ENTRE 24 DE MAYO Y ROCAFUERTE
Telefono: 0990979220/0939729059
Email: kto2710@hotmail.com
Paciente: GRACE KATHERINE SALAZAR LEON
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

| | |
|------------------------|------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 8.18 |
| SUBTOTAL 12% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 8.18 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| IVA 12% | 0.00 |
| VALOR TOTAL | 8.18 |

| FORMA DE PAGO | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 8.18 | | |