

**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. 001-005-000004715

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

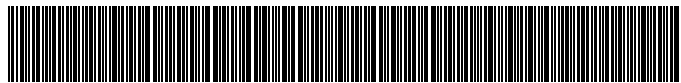
0208202101099280734200120010050000047154701382710

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-08-02T12:02:21-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0208202101099280734200120010050000047154701382710

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: RUBEN DARIO CABA SATAMA
Identificación: 0201987930
Dirección: DURAN-SAN GABRIEL MZ 7 VILLA 8
Fecha Emisión: 02/08/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0103020037	1	ACRYLARM0.2% OFT. GEL X 10G	9.50	0.00	9.50
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61
0101050001	10	SYSTANE LID WIPES 1 PANIO PRE HUMEDO	0.62	0.00	6.20
0101020050	3	IBUPROFENO 400MG DOLORGESIC	0.40	0.00	1.20
0101020050	1	IBUPROFENO 400MG DOLORGESIC	0.40	0.00	0.40

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: DURAN-SAN GABRIEL MZ 7 VILLA 8
Teléfono: 0999564191/0960222877/2195529
Email: cabitajr@gmail.com
Paciente: RUBEN DARIO CABA SATAMA
Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	24.91
SUBTOTAL 12%	6.20
SUBTOTAL 0%	18.71
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.74
VALOR TOTAL	25.65

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	25.65		