

**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. 001-004-000006049

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

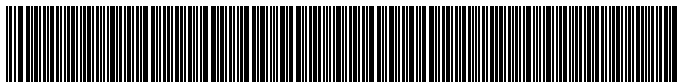
3007202101099280734200120010040000060497763072613

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-30T16:07:38-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



3007202101099280734200120010040000060497763072613

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: ELADIO CHOURIO ORTIZ

Identificación: 0960184174

Dirección: CDAD CELESTE

Fecha Emisión: 30/07/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción                                | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|--|-----------------|-----------|--------------|
| 92004         | 1        | COMPLETO NUEVO PACIENTE UNA O MÁS VISITAS. | 25.00           | 0.00      | 25.00        |

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: CDAD CELESTE

Teléfono: 3729340/0979909640

Email: echourio@cive.ec

Observación: PACIENTE: HERMIDA VIRGILIO

Plan: ALQUILER

Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

|                        |       |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 25.00 |
| SUBTOTAL 12%           | 0.00  |
| SUBTOTAL 0%            | 25.00 |
| DESCUENTOS             | 0.00  |
| IVA 12%                | 0.00  |
| VALOR TOTAL            | 25.00 |

| FORMA DE PAGO                                    | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 25.00 |       |        |