

**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. 001-005-000003174

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

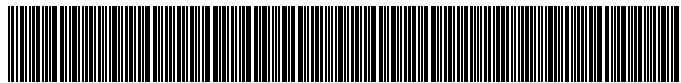
2212202001099280734200120010050000031747569169515

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-12-22T17:44:46-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2212202001099280734200120010050000031747569169515

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ANUAR ALEJANDRO GONZALEZ ALCIVAR

Identificación: 1309182309

Dirección: PORTOVIEJO

Fecha Emisión: 22/12/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0103020035	1	Systane Gel Drops 10 ml	12.43	0.00	12.43
0103010005	1	CIPROFLOXACINO 0.03% DEXAMETASONA 0.1% POENBIOTIC UNGÜENTO	12.18	0.00	12.18

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: PORTOVIEJO

Teléfono: 0990903329

Email: estudiante2000@hotmail.com

Paciente: ANUAR ALEJANDRO GONZALEZ ALCIVAR

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	24.61
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	24.61
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	24.61

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	24.61		