

**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. 001-005-000004318

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

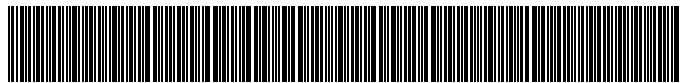
1106202101099280734200120010050000043182053094114

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-06-11T11:08:53-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1106202101099280734200120010050000043182053094114

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: REVELO GIL ROBERTO WILLIAN
Identificación: 0909201980
Dirección: CDLA VILLAMIL MZ L VILLA 5
Fecha Emisión: 11/06/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040281	1	TROPICAMIDA 1% - MYDRIACYL	15.86	0.00	15.86
0102040329	1	PREDNISOLONA 1% PREDISO 5ML	5.04	0.00	5.04

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: CDLA VILLAMIL MZ L VILLA 5
Telefono: 2330389
Email: roberto.revelo62@hotmail.com
Paciente: ROBERTO REVELO
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	20.90
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	20.90
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	20.90

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	20.90		