

**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. 001-005-000000264

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

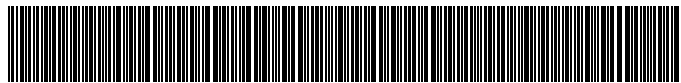
1309201901200100500000026409928073423

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2019-09-13T09:38:26-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1309201901099280734200120010050000002641927208211

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: SILVIA DEL PINO

Identificación: 0908321052

Dirección: PUERTO AZUL

Fecha Emisión: 13/09/2019

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040300	1	GATIFLOXACINA 0.3%, PREDNISOLONA 1% - ZYPRED 6ML	20.90	0.00	20.90
0102040307	1	SYSTANE BALANCE0.6% OFT. SOL. ESTERIL X 10ML	14.19	0.00	14.19

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Dirección: PUERTO AZUL

Teléfono: 4627038

Email: silviacabanilla@yahoo.com

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	35.09
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	35.09
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	35.09

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	35.09		