

**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. 001-005-000003083

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1112202001099280734200120010050000030838314203111

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-12-11T14:06:05-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1112202001099280734200120010050000030838314203111

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: CARMEN ROSA TUTIVEN CAMPOSANO

Identificación: 0903692614

Dirección: SAN FRANCISCO Y SANTA ANA

Fecha Emisión: 11/12/2020

| Cod Principal | Cantidad | Descripción                   | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|-------------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| 0102040268    | 1        | SYSTANE ULTRAOFT. SOL. X 10ML | 11.10           | 0.00      | 11.10        |

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: SAN FRANCISCO Y SANTA ANA

Teléfono: 0999675014/

Email: donmar1962@gmail.com

Paciente: CARMEN ROSA TUTIVEN CAMPOSANO

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

|                        |       |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 11.10 |
| SUBTOTAL 12%           | 0.00  |
| SUBTOTAL 0%            | 11.10 |
| DESCUENTOS             | 0.00  |
| IVA 12%                | 0.00  |
| VALOR TOTAL            | 11.10 |

| FORMA DE PAGO                                    | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 11.10 |       |        |