

**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. 001-005-000002888

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

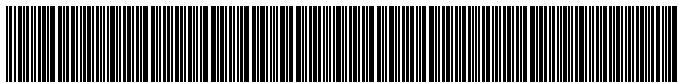
1811202001099280734200120010050000028881304882816

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-11-18T16:05:01-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1811202001099280734200120010050000028881304882816

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ELSIE ROSINE NIEMES TOURON
Identificación: 0900695636
Dirección: URB CAPRI EDIFICIO # 1 DPTO 1 PB
Fecha Emisión: 18/11/2020

| 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: URB CAPRI EDIFICIO # 1 DPTO 1 PB
Telefono: 042097640-0979287316
Email: viviavellan@yahoo.com
Paciente: ELSIE ROSINE NIEMES TOURON
CampoAdicional: 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 | | |