

**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. 001-005-000004576

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

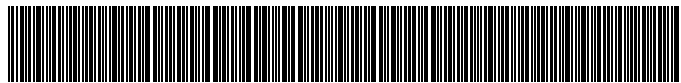
1407202101099280734200120010050000045760394096914

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-14T09:58:25-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1407202101099280734200120010050000045760394096914

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: JOHN ALEJANDRO VARGAS AVENDAÑO

Identificación: 0932366768

Dirección: FUENTES DEL RIO MZ 19 VILLA 21

Fecha Emisión: 14/07/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040264	1	OLOPADINA 0.2% PATADINE PLUS 5ML	16.20	0.00	16.20
0103020035	1	Systane Gel Drops 10 ml	13.18	0.00	13.18
0102040250	1	CIPROFLOXACINO 0.3% SOPHIXIN OFTENOL 5ML	5.90	0.00	5.90

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: FUENTES DEL RIO MZ 19 VILLA 21

Teléfono: 0998046892/0979865275

Email: makiurley_2000@hotmail.com

Paciente: JOHN ALEJANDRO VARGAS AVENDAÑO

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	35.28
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	35.28
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	35.28

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	35.28		