



**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. 001-005-000005860

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1512202101099280734200120010050000058609051750217

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-12-15T13:35:13-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1512202101099280734200120010050000058609051750217

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: YANINA GOMEZ GAVILANES  
Identificación: 0911274884  
Dirección: URB CASTILLA  
Fecha Emisión: 15/12/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción   | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|---|-----------------|-----------|--------------|
| 0102040293    | 1        | CIPROFLOXACINO 0.3% DEXAMETASONA 0.1% SOPHIXIN DX OFTENOL 5ML | 13.68           | 0.00      | 13.68        |

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: URB CASTILLA  
Teléfono: 0967891137  
Email: yani\_gomez@hotmail.com  
Paciente: GOMEZ GAVILANES ALESSA LUCIA  
Campo Adicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

|                        |       |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 13.68 |
| SUBTOTAL 12%           | 0.00  |
| SUBTOTAL 0%            | 13.68 |
| DESCUENTOS             | 0.00  |
| IVA 12%                | 0.00  |
| VALOR TOTAL            | 13.68 |

| FORMA DE PAGO                                    | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 13.68 |       |        |