

**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. 001-004-000003081

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

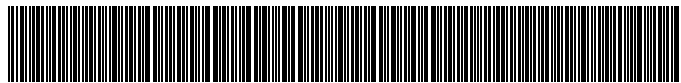
2109202001099280734200120010040000030815444816411

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-09-21T17:23:43-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2109202001099280734200120010040000030815444816411

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: DR FERNANDO POLIT HUERTA
Identificación: 0905192860001
Dirección: Clinica Kennedy Samborondon Torre Beta
Fecha Emisión: 21/09/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
GRP0001	1	POR CONCEPTO DE SERVICIO QUIRURGICO DE CIRUGIA REFRACTIVA : PACIENTE: BUSTAMANTE ESPIN GENESIS MAOLY	300.00	0.00	300.00

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: Clinica Kennedy Samborondon Torre Beta
Telefono: 042838641
Email: fepohue@hotmail.com
Plan: DR. POLIT HUERTA FERNANDO EDUARDO

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	300.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	300.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	300.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	300.00		