



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. 001-004-000005853

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0907202101099280734200120010040000058533950701613

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-07-09T16:17:46-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: CARLOS RAFAEL VASCONEZ MARTINEZ
Identificación: 0922029459
Dirección: CUENCA 708 Y RUMICHACA
Fecha Emisión: 09/07/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|--|-----------------|-----------|--------------|
| 92004 | 1 | COMPLETO NUEVO PACIENTE UNA O MÁS VISITAS. | 40.03 | 0.00 | 40.03 |

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: CUENCA 708 Y RUMICHACA
Telefono: 0993253860/5009248
Email: carlos_vasconez_m@hotmail.com
Observación: PACIENTE: VASCONEZ MARTINEZ CARLOS RAFAEL
Plan: SALUD (REEMBOLSO) NIVEL 5
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

| | |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 40.03 |
| SUBTOTAL 12% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 40.03 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| IVA 12% | 0.00 |
| VALOR TOTAL | 40.03 |

| FORMA DE PAGO | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 40.03 | | |