

**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. 001-005-000003816

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

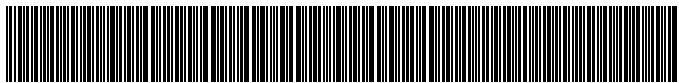
1204202101099280734200120010050000038168429383510

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-04-12T10:33:08-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1204202101099280734200120010050000038168429383510

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: MARIA PAZ POLIT MANRIQUEZ

Identificación: 0922748116

Dirección: URB TERRASOL

Fecha Emisión: 12/04/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0204040690	1	PRUEBA HISOPADO DE ANTIGENO COVID 19	40.18	0.00	40.18

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: URB TERRASOL

Teléfono: 0999350745

Email: mpolitm_96@hotmail.com

Paciente: MARIA PAZ POLIT MANRIQUEZ

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	40.18
SUBTOTAL 12%	40.18
SUBTOTAL 0%	0.00
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	4.82
VALOR TOTAL	45.00

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	45.00		