

**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. 001-005-000005003

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0609202101099280734200120010050000050036528796916

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-09-06T11:41:44-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0609202101099280734200120010050000050036528796916

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: KAREN SOLEDISPA NAVARRETE

Identificación: 0926444589

Dirección: 40 Y ORIENTE

Fecha Emisión: 06/09/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040268	1	SYSTANE ULTRAOFT. SOL. X 10ML	11.10	0.00	11.10
0102010096	1	ATROPINA SULFATO 1%	7.17	0.00	7.17

**INFORMACION ADICIONAL**

Direccion: 40 Y ORIENTE

Telefono: 0988455054

Email: kariso\_88@hotmail.com

Paciente: DANIEL SOLEDISPA

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	18.27
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	18.27
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	18.27

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	18.27		