

**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. 001-005-000005660

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

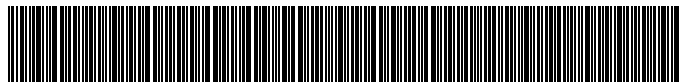
2411202101099280734200120010050000056608047821915

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-11-24T17:08:41-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



2411202101099280734200120010050000056608047821915

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: ROSA AGUSTINA QUIÑONEZ LANDAZURI

Identificación: 0904459906

Dirección: PRADERA 1 MZ:D3 VILLA.2

Fecha Emisión: 24/11/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040325	1	SYSTANE HIDRATACION 10ML	12.95	0.00	12.95
0102040271	1	TRAZIDEX OFTENOSUSP. OFT. X 5 ML	7.61	0.00	7.61

**INFORMACION ADICIONAL**

Dirección: PRADERA 1 MZ:D3 VILLA.2

Teléfono: 2826490/0997566615

Email: sharon-wilson81@hotmail.com

Paciente: ROSA AGUSTINA QUIÑONEZ LANDAZURI

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	20.56
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	20.56
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	20.56

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	20.56		