

**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. 001-005-000002585

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

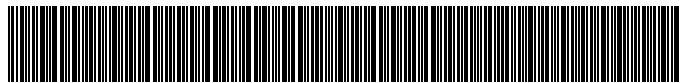
0710202001099280734200120010050000025855280264915

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2020-10-07T09:29:07-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0710202001099280734200120010050000025855280264915

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ROSARIO BEATRIZ ABAD CRESPO

Identificación: 0100511849

Dirección: PUERTO AZUL MZ C 7 VILLA 5

Fecha Emisión: 07/10/2020

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040279	1	DORZOLAMIDA 2% TIMOLOL 0.5% GLAUCOTENSIL T 5 ML	22.67	0.00	22.67
0102040262	1	MOXIFLOXACINO CLOHIDRATO - VIGAMOX0.5% FCO. GOT. 5ML	13.28	0.00	13.28

INFORMACIÓN ADICIONAL

Dirección: PUERTO AZUL MZ C 7 VILLA 5

Teléfono: 0992178037/

Email: lamamina84@hotmail.com

Paciente: ROSARIO BEATRIZ ABAD CRESPO

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	35.95
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	35.95
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	35.95

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	35.95		