

**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. 001-005-000004752

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0408202101099280734200120010050000047526350376011

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-08-04T09:56:24-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0408202101099280734200120010050000047526350376011

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: ROSA AGUSTINA QUIÑONEZ LANDAZURI

Identificación: 0904459906

Dirección: PRADERA 1 MZ:D3 VILLA.2

Fecha Emisión: 04/08/2021

| Cod Principal | Cantidad | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|---------------|----------|------------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| 0204040658 | 1 | PRUEBA COVID -19 E DIAGNOSIS | 17.86 | 0.00 | 17.86 |

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: PRADERA 1 MZ:D3 VILLA.2

Telefono: 2826490/0997566615

Email: sharon-wilson81@hotmail.com

Paciente: ROSA AGUSTINA QUIÑONEZ LANDAZURI

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

| | |
|------------------------|-------|
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 17.86 |
| SUBTOTAL 12% | 17.86 |
| SUBTOTAL 0% | 0.00 |
| DESCUENTOS | 0.00 |
| IVA 12% | 2.14 |
| VALOR TOTAL | 20.00 |

| FORMA DE PAGO | VALOR | PLAZO | TIEMPO |
|--|-------|-------|--------|
| 20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO | 20.00 | | |