

**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. 001-005-000004455

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

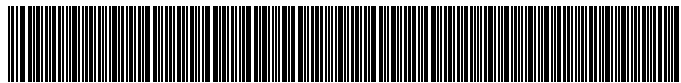
3006202101099280734200120010050000044554099395918

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-06-30T12:15:43-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



3006202101099280734200120010050000044554099395918

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: DAVID ARTURO CALDERON MACCHIAVELLO
Identificación: 0909557662
Dirección: CDLA JARDINES DEL PARQUE MAGNO EDF 6 PBA
Fecha Emisión: 30/06/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040301	1	GATIFLOXACINO 0.3% POENGATIF 5ML	13.58	0.00	13.58
0103020035	1	Systane Gel Drops 10 ml	12.43	0.00	12.43

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: CDLA JARDINES DEL PARQUE MAGNO EDF 6 PBA
Telefono: 6038467/0969455811
Email: dcalderon@comexport.com.ec
Paciente: GILBERT BALDA MONICA PATRICIA
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	26.01
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	26.01
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	26.01

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	26.01		