

**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. 001-005-000005566

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

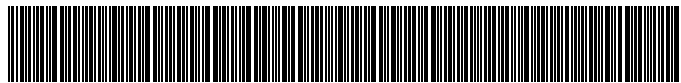
1511202101099280734200120010050000055660479558513

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-11-15T12:19:32-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1511202101099280734200120010050000055660479558513

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Razón Social / Nombres y Apellidos: JUAN ALBERTO RAMIREZ JARAMILLO

Identificación: 0900542309

Dirección: 24 Y SEDALANA

Fecha Emisión: 15/11/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040249	1	CIPROFLOXACINO 0.3% DEXAMETASONA 0.1% LANCIPROX-DX	13.20	0.00	13.20
0102040318	1	SPLASH TEARS LAGRIMA ARTIFICIAL 15ML	9.90	0.00	9.90

**INFORMACION ADICIONAL**

Direccion: 24 Y SEDALANA

Telefono: 0984850181/0984573801

Email: darm\_36@hotmail.com

Paciente: JUAN ALBERTO RAMIREZ JARAMILLO

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

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	23.10
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	23.10
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	23.10

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	23.10		