



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. 001-005-000005056

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1409202101099280734200120010050000050566945969517

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN: 2021-09-14T11:18:54-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1409202101099280734200120010050000050566945969517

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Razón Social / Nombres y Apellidos: VICENTE HUGO ALVEAR VIVANCO
Identificación: 0903863082
Dirección: LAS RIVERAS MZ 10212
Fecha Emisión: 14/09/2021

Cod Principal	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
0102040295	1	DORZOLAMIDA 2% TIMOLOL 0.5% BRIMONIDINA 0.2% KRYTANTEK 5ML	43.45	0.00	43.45

INFORMACION ADICIONAL

Dirección: LAS RIVERAS MZ 10212
Telefono: 0999374177/2836040
Email: mfalvear@ecuatorianadeviajes.ec
Paciente: ALVEAR VIVANCOVICENTE HUGO
CampoAdicional: AGENTE DE RETENCION SEGUN RESOLUCION No. NAC-DGERCGC20-0000001

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	43.45
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	43.45
DESCUENTOS	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	43.45

FORMA DE PAGO	VALOR	PLAZO	TIEMPO
20 - OTROS CON UTILIZACIÓN DE SISTEMA FINANCIERO	43.45		