



## COMPROBANTE DE PAGO

### Farmacia CodeWar

Direccion Numero ###,  
Ciudad, Provincia  
(344) 342234  
[company@example.com](mailto:company@example.com)

Codigo de Venta: 37

Cliente: Alba Vega Hernandez

DNI: 78958645

Fecha y Hora: 2021-03-24 23:48:59

Vendedor: Anthony Hernandez O.

Producto	Concentracion	Adicional	Laboratorio	Presentacion	Tipo	Cantidad	Precio	Subtotal
Acetaminofeno	0.5 mg	Caja Envase Blister Tabletas	ABBOT LABORATORIOS S.A.	Tabletas	Comercial	1	S/.2.5	S/.2.5
Adlaxeramina	500 mg/2 mL	Caja Envase Blister Tableyas	BIOTOSCANA FARMA DE PERÚ S.A.C.	Granulados	Comercial	1	S/.2	S/.2
BIISTER	100 mg/2 mL	Ampolla x 2mL	ALCON PHARMACEUTICAL PERU	Cápsulas	Farmaceuticos	1	S/.2.5	S/.2.5
SUBTOTAL								S/.5.74
IGV(18%)								S/.1.26
TOTAL								S/.7

#### NOTICE:

- \*Presentar este comprobante de pago para cualquier reclamo o devolucion.
- \*El reclamo procedera dentro de las 24 horas de haber hecho la compra.
- \*Si el producto esta dañado o abierto, la devolucion no procedera.
- \*Revise su cambio antes de salir del establecimiento.