



## COMPROBANTE DE PAGO

### Farmacia (nombre)

Direccion: Numero ###,

Ciudad, Provincia

(321) 584 5480

[juan.valenciaor@amigo.edu.co](mailto:juan.valenciaor@amigo.edu.co)

Codigo de Venta: 31

Cliente: 11

DNI: 6

Fecha y Hora: 2021-01-11 17:25:52

Vendedor: tecnico tecnico

| Producto | Concentracion | Adicional | Laboratorio | Presentacion | Tipo | Cantidad | Precio   | Subtotal |
|----------|---------------|-----------|-------------|--------------|------|----------|----------|----------|
|          |               |           |             |              |      |          | SUBTOTAL | S/.0.81  |
|          |               |           |             |              |      |          | iva(18%) | S/.0.19  |
|          |               |           |             |              |      |          | TOTAL    | S/.1     |

#### 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.