



Fecha de Cirugía: _____
Institución: _____
Procedimiento: _____
Nombre del Medico: _____
Nombre del Paciente: _____
Cl./Hc.: _____
Tipo de Seguro: _____
Instrumentista: _____

CANTIDAD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
			SUBTOTAL	
			IVA 12%	
			TOTAL	

OBSERVACIONES:**FIRMA DOCTOR:****FIRMA INSTRUMENTISTA:**