PROFORMA NO. P - 202420

**FECHA:** 15/05/2024

**CODIGO PACIENTE: 1** 

NOMBRE: PACIENTE1 PACIENTE2 GENERICO1 GENERICO2

CEDULA/PASAPORTE: SIN\_IDENTIFICACION-D

**FECHA NAC.:** 12/12/1985

**EDAD**: 38

**ASEGURADORA: PARTICULAR** 

POLIZA: 0

MEDICO: MEDICO NUEVO CATEGORIA: AMBULATORIO (AMB)

**RESPONSABLE:** 

**CUARTO DE URGENCIAS** 0.01

					SUB-TOTAL	0.01
					DESCUENTO	0.00
					TOTAL FACTURA	0.01
HONORARIOS						
CODIGO	MEDICO	CARGO	DESCUENTO	SALDO	TOTAL FACTURA	
TOTALES		0.00	0.00	0.00	+ HONORARIOS	0.01