

**Centro Oriental de  
Diabetes y  
Endocrinología**

Tel:  
email:

**RECIBO DE CAJA**

**Fecha impresión:**  
2025-03-20 13:17:07  
**Fecha factura:**  
20-03-2025 01:17 PM  
**Nro. Comprobante:**  
RC-20250320-UCJH  
**Nro. Autorización:**  
**Fecha autorización:**  
20-03-2025 01:17 PM

**Datos del Paciente**

**Nombre:**  
j e f e  
**Documento:**  
CC-1019100468

**Items Facturados**

**Servicio test**  
Cantidad: 1  
Precio Unitario:  
\$12,000.00  
Subtotal: \$12,000.00  
Descuento: \$0.00  
Total: \$12,000.00

Subtotal: \$12000.00  
Descuento: -\$0.00  
**TOTAL: \$12000.00**

**Método de pago::**

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$12.00
<b>Total</b>	<b>\$12.00</b>

¡Gracias por su  
visita!