

**Centro Oriental de  
Diabetes y  
Endocrinología**

Tel:  
email:

**RECIBO DE CAJA**

**Fecha impresión:**  
2025-03-20 16:51:20  
**Fecha factura:**  
20-03-2025 04:17 PM  
**Nro. Comprobante:**  
RC-20250320-M4KE  
**Nro. Autorización:**  
897987987  
**Fecha autorización:**  
20-03-2025 04:17 PM

**Datos del Paciente**

**Nombre:**  
J o r g  
**Documento:**  
CC-250028

**Items Facturados**

**Consulta  
endocrinología**  
Cantidad: 1  
Precio Unitario:  
\$1,000.00  
Subtotal: \$1,000.00  
Descuento: \$0.00  
Total: \$1,000.00

Subtotal: \$1000.00  
Descuento: -\$0.00  
**TOTAL: \$1000.00**

**Método de pago::**

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$1.00
<b>Total</b>	<b>\$1.00</b>

¡Gracias por su  
visita!