

**Centro Oriental de
Diabetes y
Endocrinología**

Tel:
email:

RECIBO DE CAJA

Fecha impresión:
2025-03-21 00:23:21
Fecha factura:
21-03-2025 12:23 AM
Nro. Comprobante:
RC-20250321-DAXM
Nro. Autorización:
Fecha autorización:
21-03-2025 12:23 AM

Datos del Paciente

Nombre:
J h o n
Documento:
CC-1000783666

Items Facturados

Examen de Abdomen
Cantidad: 1
Precio Unitario:
\$500.00
Subtotal: \$500.00
Descuento: \$0.00
Total: \$500.00

Subtotal: \$500.00
Descuento: -\$0.00
TOTAL: \$500.00

Método de pago::

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$500.00
Total	\$500.00

¡Gracias por su
visita!