

**Centro Oriental de  
Diabetes y  
Endocrinología**

Tel:  
email:

**RECIBO DE CAJA**

**Fecha impresión:**  
2025-03-21 02:10:02  
**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
<b>Total</b>	<b>\$500.00</b>

¡Gracias por su  
visita!