

**Centro Oriental de
Diabetes y
Endocrinología**

Tel:
email:

RECIBO DE CAJA

Fecha impresión:
2025-03-20 13:11:57
Fecha factura:
20-03-2025 01:11 PM
Nro. Comprobante:
RC-20250320-5DX9
Nro. Autorización:
Fecha autorización:
20-03-2025 01:11 PM

Datos del Paciente

Nombre:
J a n e
Documento:
CC-149

Items Facturados

**Consulta
endocrinología**
Cantidad: 1
Precio Unitario:
\$20,000.00
Subtotal: \$20,000.00
Descuento: \$0.00
Total: \$20,000.00

Subtotal: \$20000.00
Descuento: -\$0.00
TOTAL: \$20000.00

Método de pago::

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$20.00
Total	\$20.00

¡Gracias por su
visita!