

Tel:
email:

Fecha impresión:
2025-07-11 22:30:17

Fecha factura:
11-07-2025 10:30 PM

Nro. Comprobante:
B02-0009

Datos del Paciente

Nombre:

H a r i

Documento:

CI-1102843597

Items Facturados

**Consulta
Endocrinología**

Cantidad: 1

Precio Unitario:

\$2,000.00

Subtotal: \$2,000.00

Descuento: \$0.00

Total: \$2,000.00

Subtotal: \$2,000.00

Descuento: -\$0.00

TOTAL: \$2,000.00

Método de pago::

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$2,000.00
Total	\$2,000.00

¡Gracias por su visita!