

Tel:  
email:

---

**Fecha impresión:**  
2025-07-14 13:47:04

**Fecha factura:**  
14-07-2025 01:12 PM

**Nro. Comprobante:**  
B02-0015

---

**Datos del Paciente**

**Nombre:**  
J h o n

**Documento:**  
CI-1000783666

---

**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        |
| <b>Total</b>   | <b>\$2,000.00</b> |

¡Gracias por su visita!