

Tel:
email:

Fecha impresión:
2025-07-14 13:12:26

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
Total	\$2,000.00

¡Gracias por su visita!