

Tel:  
email:

---

**Fecha impresión:**  
2025-07-09 17:44:06

**Fecha factura:**  
09-07-2025 05:44 PM

**Nro. Comprobante:**  
CSM-1057

---

**Datos del Paciente**

**Nombre:**

J e f e

**Documento:**

CI-1019100458

---

**Items Facturados**

**Consulta Optometria**

Cantidad: 1

Precio Unitario:

\$1,000.00

Subtotal: \$1,000.00

Descuento: \$0.00

Total: \$1,000.00

---

Subtotal: \$1,000.00

Descuento: -\$0.00

**TOTAL: \$1,000.00**

---

**Método de pago::**

<b>Método de Pago</b>	<b>Monto</b>
Efectivo	\$1,000.00
<b>Total</b>	<b>\$1,000.00</b>

¡Gracias por su visita!