

Tel:  
email:

**Fecha impresión:**  
2025-07-11 15:23:08  
**Fecha factura:**  
11-07-2025 03:23 PM  
**Nro. Comprobante:**  
B02-0005

**Datos del Paciente**

**Nombre:**  
H a r i  
**Documento:**  
CI-1102843597

**Items Facturados**

**Consulta**  
**Endocrinologia**  
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!