

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
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
Total	\$2,000.00

¡Gracias por su
visita!