

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::**

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

¡Gracias por su  
visita!