

Tel:  
email:

---

**Fecha impresión:**  
2025-07-11 23:24:06  
**Fecha factura:**  
11-07-2025 10:28 PM  
**Nro. Comprobante:**  
B02-0008

**Datos del Paciente**

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

---

**Items Facturados**

**Prueba de embarazo**  
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!