

**Centro Oriental de
Diabetes y
Endocrinología**
Tel:
email:

RECIBO DE CAJA

Fecha impresión:
2025-03-21 05:02:45
Fecha factura:
20-03-2025 01:16 PM
Nro. Comprobante:
RC-20250320-LKUG
Nro. Autorización:
Fecha autorización:
20-03-2025 01:16 PM

Datos del Paciente

Nombre:
A l e x
Documento:
CC-1102843589

Items Facturados

**Consulta
endocrinología**
Cantidad: 1
Precio Unitario:
\$20,000.00
Subtotal: \$20,000.00
Descuento: \$0.00
Total: \$20,000.00

Subtotal: \$20000.00
Descuento: -\$0.00
TOTAL: \$20000.00

Método de pago:::

Método de Pago	Monto
Efectivo	\$20.00
Total	\$20.00

¡Gracias por su
visita!