

Tel:  
email:

---

**Fecha impresión:**  
2025-07-11 16:48:21

**Fecha factura:**  
11-07-2025 04:48 PM

**Nro. Comprobante:**  
B02-0006

**Datos del Paciente**

**Nombre:**

H a r i

**Documento:**

CI-1102843597

---

**Items Facturados**

**Consulta  
Endocrinología**

Cantidad: 1

Precio Unitario:

\$100.00

Subtotal: \$100.00

Descuento: \$0.00

Total: \$100.00

---

Subtotal: \$100.00  
Descuento: -\$0.00  
**TOTAL: \$100.00**

---

**Método de pago::**

<b>Método de Pago</b>	<b>Monto</b>
Efectivo	\$100.00
<b>Total</b>	<b>\$100.00</b>

¡Gracias por su visita!