



## Dra Massiel Ramírez

Address Line 11, Address Line 2, City, Country - 0123456

# FACTURA

Facturado a

**Leonor Isabelle Nuñez Perez**

kirsyespaillat@gmail.com

8299101919

#	INV-00012
Fecha	09-08-2023
Fecha de pago	09-08-2023
Monto	\$1500.00
Metodo de pago	Transferencia
Estado	Paid

Articulo/Servicio	Cant.	Costo	Imp.	Precio
Consulta Seguimiento Primera Consulta   Paciente Asegurado	1	\$1500.00		\$1500.00

Sub Total	<b>\$1500.00</b>
Impuesto	<b>\$0.00</b>
Descuento	<b>\$0.00</b>
Pagado	<b>\$</b>
<b>Total</b>	<b>\$1500.00</b>

### Nota

consulta de seguimiento

### Términos y condiciones