



Dra Massiel Ramírez

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

FACTURA

Facturado a

Jeyron Ortega

sthefanerosario06@gmail.com

8299888737

#	INV-00017
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 **\$1500.00**

Impuesto **\$0.00**

Descuento **\$0.00**

Pagado **\$**

Total \$1500.00

Nota

Términos y condiciones