

## Payment Receipt: CUST.IN/2026/0127

**Fecha del Pago:** 08/04/2026

**Cliente:** HOSPITAL DR. RAFAEL CASTRO

**Importe del pago:** RD\$ 85,420.19

**Método de Pago:** Manual

**Memo:** FUSD/2026/0219/25

FECHA DE FACTURA	NÚMERO DE FACTURA	REFERENCIA	IMPORTE ORIGINAL	CANTIDAD PAGADA	BALANCE
18/03/2026	FUSD/2026/0219	FUSD/2026/0219/25	RD\$ 85,420.19	RD\$ 85,420.19	RD\$ 0.00



Entregado por

Acceptado, Firma y/o Fecha y sello

Tel: (829)465-0911 / (809)219-2613 Email: ventas@areyova.com RNC: 131953913

Tenemos las mejores ofertas y precios

Página: 1 / 1