

**LIQUIDACION DE INGRESOS POR ANÁLISIS CLÍNICOS
DE SERVICIO A LA COMUNIDAD**

FECHA DE LIQUIDACION: _____

FECHA DE INGRESO : _____

INGRESO REGISTRADO EN: FENIX

EFFECTIVO ()

TERMINAL ()

HOJA # DE #

FOLIOS		INGRESOS	DESCUENTOS	IMPORTE TOTAL
NUMERO	OBSERVACION			
COMPROBANTE DE PAGO				
1				\$ -
2				\$ -
3				\$ -
4				\$ -
5				\$ -
6				\$ -
7				\$ -
8				\$ -
9				\$ -
10				\$ -
11				\$ -
12				\$ -
13				\$ -
14				\$ -
15				\$ -
16				\$ -
17				\$ -
18				\$ -
19				\$ -
20				\$ -
21				\$ -
22				\$ -
23				\$ -
24				\$ -
SUBTOTAL HOJA 1		\$ -	\$ -	\$ -
SUBTOTAL HOJA 2		\$ -	\$ -	\$ -
TOTALES		\$ -	\$ -	\$ -

ENTREGUÉ :

RECIBÍ: