



NeoMedical

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

FECHA _____

REMISION ()

FACTURA ()

REPORTE DE COBRANZA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS _____

FOLIO DE RECIBO DEL _____ AL _____. ZONA _____

DEP.BANCO	CLIENTE No.	FACTURA	F.DE PAGO	RECIBO No.	CHEQUE No.	IMPORTE	OBSERV.
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
			(E) (CH)			\$	
					TOTAL	\$	

\$ _____ EFECTIVO
 \$ _____ FICHAS DE DEPOSITO
 \$ _____ CHEQUES POSFECH.
 \$ _____ TOTAL

CHEQUES POSFECHADOS

CHEQUE No.	BANCO	IMPORTE	OBSERV.
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		TOTAL	\$