



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán
 Laboratorio Universitario de Diagnóstico Clínico



ORDEN DE PAGO

UR: 7030

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico: _____

Nº	Descripción	Clave	Precio unitario	Total
1				
2				
3				
4				

Observaciones: _____

Total \$

Número de ticket: _____



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán
 Laboratorio Universitario de Diagnóstico Clínico



ORDEN DE PAGO

UR: 7030

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico: _____

Nº	Descripción	Clave	Precio unitario	Total
1				
2				
3				
4				

Observaciones: _____

Total \$

Número de ticket: _____