IOMA

LIQUIDACIÓN DE TRÁMITES DE EXCEPCIÓN

DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN

REMITO Nº _____

PROFESIONAL	Nº TRÁMITE	Nº FACTURA	AFILIADO	LOCALIDAD	MES/AÑO	ACTA	MONTO FACTURADO	MONTO A PAGAR
							TOTAL	

_____
Firma del agente

La Plata, _____ de _____ de _____ .

Habiéndose fiscalizado la documentación adjunta, gírese al Departamento de Contabilildad para su imputación y posterior remisión al Departamento de Gastos Asistenciales para emitir Orden de Pago.