

CERTIFICACIÓN / DGP - AREA DISCAPACIDAD - LIQUIDACIONES

Nº DE REMITO _____

INSTITUCIÓN / _____

Calle _____ N° _____

Partido _____ Localidad _____

Mes / año _____ ACREDITAR-DEBITAR \$ _____

Motivos _____

ACREDITAR**DEBITAR**

_____ \$_____ \$_____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

SUMAS PARCIALES

\$

\$

SALDO ACREEDOR-DEUDOR

\$

\$

RESUMEN /

Factura presentada _____

Por diferencia ACREDITAR-DEBITAR

Total a pagar _____

Importa la siguiente factura la suma de \$ _____

Lugar y fecha _____