

# AJUSTE DE FACTURACIÓN

PRESTADOR: \_\_\_\_\_ Período Facturado: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Remito Nº \_\_\_\_\_ Orden Nº \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO	C. DEBITO	DETALLE DE DEBITO	MONTO FACTURADO	DEBITO ADMINIST.	DEBITO MEDICO	CREDITO	IMP. A PAGAR	DEVOLUCION		DTC
								SI	NO	
TOTAL										

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y CODIGO DEL LIQUIDADOR