

**HOSPITALES**

Fecha ingreso/ Código establecimiento/ Localidad/		Tipo afiliatorio/			Remito N°	
Tipo prestación	Período	Fecha factura	Ord	Factura	Importe	Observaciones
			1		\$	
			2		\$	
			3		\$	
			4		\$	
			5		\$	
			6		\$	
			7		\$	
			8		\$	
			9		\$	
			10		\$	
			11		\$	
			12		\$	
			13		\$	
			14		\$	
			15		\$	
			16		\$	
			17		\$	
			18		\$	
			19		\$	
			20		\$	