Informe Consolidado de Cuasifacturas

Mes y Año de liquidación: Fecha:

Nombre del Municipio
Código del Municipio
Entidad Bancaria
Cuenta Corriente Nº

Detalle			
Código de efector	**Nombre del efector**	**Nº de cuasifactura**	**Importe de cuasifactura**
TOTAL			

Firma del responsable
Municipio xxx

Formulario de Cuasifactura

Mes y Año de liquidación: Nº CF:
Denominación efector: Fecha:
Código del efector:

Detalle			
Código de prestación	**Cantidad de prestaciones realizadas**	**Valor nomenclador**	**Monto total**
TOTAL			

Firma del responsable