

Programa de discapacidad  
**Documentación General**

**CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN - FORMULARIO 10**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

---

Firma de beneficiario o responsable

---

Firma y sello profesional/institución