

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN – FORMULARIO 14

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