

REAJUSTE

DESDE MES _____

AL MES _____

| Nº | DEPARTAMENTO |
|----|--------------|
| | |

| LOCAL | TITULAR | IMPORTE |
|-------|---------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FIRMA FUNCIONARIO/A DPTO. DE CONTABILIDAD

FIRMA FUNCIONARIO/A DPTO. DE LIQUIDACIÓN
DE GASTOS E INVERSIONES