



PROVINCIA DE LA PAMPA  
MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES

Establecimiento Asistencial.....

Lugar y Fecha.....

Motivo.....

Legajo Automotor:.....

LIQUIDACIÓN Y ORDEN DE PAGO DE  
PRESTACIONES DEL ART Nº 45 LEY 1279

Legajo	Apellido y Nombre	Rama	Horas de Servicio	Importe por Hora	Importe a Cobrar	Cheque	Firma

Rama: (P) Profesional (E) Enfermería (C) Chofer