

# BONOS Y PRÁCTICAS DESCENTRALIZADAS

IOMA



Profesional  Mat. Pcial.  Especialidad  Cat.   
 Entidad  Mes  Año

N° de transacción	Género			N° de documento	Apellido y nombres	Teléfono	Cód. Práctica	Patología	Fecha	Hora	Conforme afiliada/o
	M	F	X								

\_\_\_\_\_ Firma y sello profesional