



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
SINDICATURA GENERAL DE LA CIUDAD

Ministerio:

Repartición:

FECHA:

IV.2 - VALORES ANULADOS

Tipo y N° de Comprobante	Fecha	Observaciones	Importe \$
Total Valores Anulados (Debe coincidir con la sumatoria de los conceptos "Valores Anulados" consignados en el Formulario III FONDOS RECAUDADOS)			

OBSERVACIONES:

Declaro que los valores arqueados fueron recontados en mi presencia y revisados los comprobantes y la documentación respaldatoria.

Nombre y Apellido: _____

N° de Documento del responsable que intervino en representación de la repartición: _____