

PRIMAVERA, 5 de Octubre de 2015

Vistos:

Decreto

Páguese a: MARIA NELLY CULUN VIVAR Rut [REDACTED]

La Cantidad de 45,000 CUARENTA Y CINCO MIL PESOS

Correspondiente a: PAGO SERVICIO ALOJAMIENTO MEDICO RONDAS RURALES MES DE AGISTO (1) Y SEPTIEMBRE (2).

Documento	Número	Fecha	Monto
FACTURA	87	07/09/2015	45,000

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO:

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
215-22-08-999-000-000	OTROS		45,000
532-08-00-000-000-000	SERVICIOS GENERALES	45,000	
Totales		45,000	45,000

COMPROBANTE DE EGRESO:

ASIENTON° FECHA

EGRESO N° FECHA CHEQUE N° \$

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
111-03-01-000-000-000	BANCO CHILE (292-02564-05)		45,000
215-22-08-999-000-000	OTROS	45,000	
Totales		45,000	45,000



 CRISTINA VARGAS VIVAR
 SECRETARIA MUNICIPAL
 GLORIA BARRA GARRIDO
 UNIDAD DE CONTROL


 CAROLINA SANDOVAL CIFUENTES
 ALCALDE (S)

 JUAN CARLOS MANCILLA PEREZ
 ENCARGADO DE FINANZAS

FECHA DE PAGO _____ DE _____ DE _____


 [Handwritten signature]