

COMPROBANTE DE EGRESO N° 593

N° DECRETO : 669
FECHA DECRETO : 18/02/2020
RUT : 2 -7
NOMBRE : I. MUNICIPALIDAD DE CONCON DEPTO. SALUD
EGRESO N° : 593
BANCO : FONDOS MUNICIPALES
CHEQUE N° : 6000465
FECHA CHEQUE : 20/02/2020
CTA.CTE. N° : 23009000101
MONTO : 12,500,000.-

VISTOS :

N° DECRET
FECHA DE
RUT

POR CONCEPTO DE :

PAGUESE A : I. MUNICIPALIDAD DE CONCON DEPTO. SALUD
LA SUMA DE : 12,500,000.-
POR CONCEPTO DE : DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS .--
APORTE MUNICIPAL MES DE ENERO 2020, SALUD.

N° DECRET
FECHA DE
RUT

PAGUESE A
LA SUMA DE
POR CONCEPTO DE
APORTE

FIRMA INTERESADO



*****12,500,000

CON CON 20 Febrero 2020

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON DEPTO. SALUD

DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

CON CON, 18 de Febrero de 2020

Costos:

masf

9000469

Decreto

Páguese a: I. MUNICIPALIDAD DE CONCON DEPTO. SALUD Rut 2-7
La Cantidad de 12,500,000 DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Correspondiente a: APORTE MUNICIPAL MES DE ENERO 2020, SALUD.

Documento	Número	Fecha	Monto
OFICIO	116	13/02/2020	12,500,000

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO:

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
215-24-03-101-002-000	A SALUD		12,500,000
541-03-00-000-000-000	TRANSFERENCIAS CORRIENTES O. ENTIDADES PUBLICAS	12,500,000	
Totales		12,500,000	12,500,000

COMPROBANTE DE EGRESO:

ASIENTO N° FECHA

EGRESO N° FECHA CHEQUE N° \$

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
111-02-01-001-000-000	F. MUNICIPALES PROPIOS		12,500,000
215-24-03-101-002-000	A SALUD	12,500,000	
Totales		12,500,000	12,500,000

SECRETARIA MUNICIPAL
SECRETARIO MUNICIPAL

ALCALDE
CAROL ANDERS TORRES
ALCALDE O ADM. MUNICIPAL

DIRECTOR DE ADM. Y FINANZAS

FECHA DE PAGO _____ DE _____ DE _____

[Handwritten signature]