

[Imprimir](#)[Cerrar](#)**DETALLE DEL PAGO**

---

Rut Beneficiario **75.531.600-8**  
Nombre Beneficiario **ASOC FUNCIONARIOS DEL AREA SALUD MUNIC**  
Rut Pagador **690703017**  
Fecha de pago **11/12/2020**  
Monto **1.835.289 (Pesos)**  
Monto Total **1.835.289**  
Forma de Pago **Abono a Cuenta Corriente**  
Glosa **000000001661043100 DE CHILE**  
Estado **Abono- Abonado**  
Fecha del Estado **11-12-2020**  
N° Cta. Cte. De abono **000000001661043100**

**Detalle pago proveedor CORPORACION DE DESARROLLO S**

<b>N° Documento</b>	<b>S</b>	<b>Monto</b>
202011 +		1835289

---