

[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 **10/11/2017**
Monto **1.441.089 (Pesos)**
Monto Total **1.441.089**
Forma de Pago **Abono a Cuenta Corriente**
Glosa **000000001661043100 Banco de Chile**
Estado **Abono- Abonado**
Fecha del Estado **13-11-2017**

Detalle pago proveedor CORPORACION DE DESARROLLO S

N° Documento	S	Monto
201710 +		1441089
