

[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 **11/10/2018**
Monto **2.157.191 (Pesos)**
Monto Total **2.157.191**
Forma de Pago **Abono a Cuenta Corriente**
Glosa **000000001661043100 Banco de Chile**
Estado **Abono- Abonado**
Fecha del Estado **12-10-2018**
N° Cta. Cte. De abono **000000001661043100**

Detalle pago proveedor CORPORACION DE DESARROLLO S

N° Documento	S	Monto
201809 +		2157191
