

[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 **16/04/2020**
Monto **1.644.809 (Pesos)**
Monto Total **1.644.809**
Forma de Pago **Abono a Cuenta Corriente**
Glosa **000000001661043100 DE CHILE**
Estado **Abono- Abonado**
Fecha del Estado **16-04-2020**
N° Cta. Cte. De abono **000000001661043100**

Detalle pago proveedor CORPORACION DE DESARROLLO S

N° Documento	S	Monto
202003 +		1644809
