

**DETALLE DEL PAGO**

---

Rut Beneficiario **75.531.600-8**  
Nombre Beneficiario **ASOC FUNCIONARIOS DEL AREA SALUD MUNIC**  
Rut Pagador **690703017**  
Fecha de pago **11/06/2021**  
Monto **1.527.406 (Pesos)**  
Monto Total **1.527.406**  
Forma de Pago **Abono a Cuenta Corriente**  
Glosa **000000001661043100 DE CHILE**  
Estado **Abono- Abonado**  
Fecha del Estado **11-06-2021**  
N° Cta. Cte. De abono **000000001661043100**

**Detalle pago proveedor CORPORACION DE DESARROLLO S****N° Documento S Monto**202105 + 1527406

---