MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
Multicultural

COMPRAS FUERA DEL SISTEMA PÚBLICO

CAJA CHICA	
FONDO A RENDIR	x

DIRECCION/DEPARTAMENTO	**DEPARTAMENTO DE SALUD**
NOMBRE RESPONSABLE	**PAULINA RAMIREZ VALDÉS**
CUENTA ASIGNADA	**114.03.01.127**
N° DECRETO ALCALDICIO	**2471/23**
N° DECRETO DE PAGO	**2108/24**
FECHA INICIO EJECUCIÓN	**25-08-2023**
FECHA TÉRMINO EJECUCIÓN	**27-08-2023**
MONTO ASIGNADO	**$30.000**
MONTO RENDIDO	**$30.000**
REINTEGRO	**$0**
SALDO PENDIENTE	**$0**
OBJETIVO DEL GASTO O NOMBRE DEL PROGRAMA	**"Fondo a rendir por única vez por concepto de movilización, en el marco del Diplomado de pos título de ecografía obstétrica I,II,III Trimestre y Ginecología"**

DETALLE DE RENDICIÓN

NOMBRE ÍTEM O ASIGNACIÓN PRESUPUESTO:	**114.03.01.127**
MONTO ASIGNADO POR ÍTEM:	**$30.000**

N°	N° BOLETA /FACTURA	FECHA	PROVEEDOR	RUT PROVEEDOR	DETALLE	VALOR ($)
1	N/A	N/A	N/A	N/A	MOVILIZACIÓN EN EL MARCO DE ´DIPLOMADO DE POSTÍTULO DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA I, II, III TRIMESTRE Y GINECOLOGÍA´ ENTRE EL 25/08/2023 AL 27/08/2023"	$ 30.000
						$
						$
						$
						$
					TOTAL	$ 30.000

MUNICIPALIDAD ALTO HOSPICIO DIRECCIÓN DE CONTROL INUTILIZADO

FIRMA RESPONSABLE

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO UNIDAD DE CONTROL INTERNO DEPARTAMENTO DE SALUD

FIRMA V° B°