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	**3640/23**
N° DECRETO DE PAGO	**212/24**
FECHA INICIO EJECUCIÓN	**27-10-2023**
FECHA TÉRMINO EJECUCIÓN	**29-10-2023**
MONTO ASIGNADO	**$90.000**
MONTO RENDIDO	**$90.000**
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:	**$90.000**

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 27/10/2023 AL 29/10/2023"	$ 90.000
						$ -
						$ -
						$ -
						$ -
						$ -
					TOTAL	$ 90.000

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA V° B°

MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO
UNIDAD DE CONTROL
DEPARTAMENTO DE SALUD