

							
DIRECTOR DEPTO. SALUD (s)		ADMINISTRADOR MUNICIPAL		DIRECTOR DE CONTROL		SECRETARIO MUNICIPAL	
CTA. CTE.		CHEQUE N°		NOMBRE			
		FECHA DE PAGO		R.U.T.			
EGRESO N° 12286427		V°B° TESORERO		FIRMA			
						RECIBI CONFORME	