

SOLICITUD DE PAGO

N° 086

Fecha: 01 de Septiembre de 2016

PAGAR A : CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS GENERALES S.A

RUT.: 99.037.00-1

FORMA DE PAGO:

Cheque

Vale Vista

Transferencia
Electrónica

CONCEPTO DEL GASTO: 849 OTROS GASTOS OPERACIONALES

ITEM PRESUPUESTARIO SEGUROS PARA EL PERSONAL

PROYECTO: CHILE CUIDA

CENTRO COSTO : 7005 INDEPENDENCIA-
MIN.TRAB

JUSTIFICACION DEL GASTO (Indicar objeto del gasto PÓLIZA SEGUROS POR ACCIDENTES CUIDADORAS INDEPENDENCIA, 6 MESES.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA: (Indicar lo que corresponda). TRANSFERENCIA CTA CTE BANCO BCI N° 10164472 EMAIL: isabelperez@carolinamanquilef.cl

Factura N°

Boleta Servicios/Honorarios
N°

Contrato de Fecha:

Parte Entrada N°

Orden de Compra N°

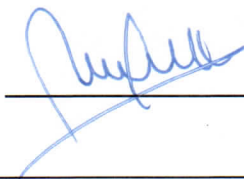
Boleta Venta N°

Otro (Detalle): Póliza N° 6304925

UNIDAD SOLICITANTE: DAF

MONTO: \$ 774.267.-

FIRMA




DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

MONTO AUTORIZADO \$

FIRMA AUTORIZADA

