



Ok

					
DIRECTOR DEPTO. SALUD (S)		ADMINISTRADOR MUNICIPAL		DIRECTOR DE CONTROL	
CTA. CTE.		POR ORDEN DEL ALCALDE		SECRETARIO MUNICIPAL (S)	
EGRESO N° 00667497		CHEQUE N° JEFE		NOMBRE	
		PRESUPUESTO		R.S.T.	
		FECHA DE PAGAR		FIRMA	
		VºEº TESORERO			
RECIBI CONFORME					