MH_HORAS

Municipalidad de San Cayetano

F.INGRESO: **10/12/2001** L.ENTREGA: **Administracion Municipal**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1720	**SALERNO CARLOS ALBERTO**	**215**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 20043859**	**20-20043859-1**	AÑO: **2017**	MES: **4**

MENSUAL

Cant.	Código	Concepto	Haberes	Desc.
30,00	62150	DIETA 2/3 PARTES	8.574,10	
298,22	62160	RETENCION PJ X MONTO		298.22
			8.574,10	298,22

Son Pesos: Ocho mil doscientos setenta y cinco con 88/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

8.275,88

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

F.INGRESO: **10/12/2001** L.ENTREGA: **Administracion Municipal**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1720	**SALERNO CARLOS ALBERTO**	**215**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 20043859**	**20-20043859-1**	AÑO: **2017**	MES: **4**

MENSUAL

Cant.	Código	Concepto	Haberes	Desc.
30,00	62150	DIETA 2/3 PARTES	8.574,10	
298,22	62160	RETENCION PJ X MONTO		298.22
			8.574,10	298,22

PRESENTAR CERTIFICADOS MEDICOS DENTRO DE LAS 24 HS., DE LO CONTRARIO SE DESCONTARA DE LAS REMUNERACIONES; Y DIA PARTICULAR 48 HS. ANTES DE TOMARLO.

Son Pesos: Ocho mil doscientos setenta y cinco con 88/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

8.275,88

TALON PARA EL AGENTE

MH_HORAS

Municipalidad de San Cayetano

F.INGRESO: **12/12/2011** L.ENTREGA: **Administracion Municipal**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1719	**ISASMENDI JOEL ABEL**	**645**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 30193267**	**20-30193267-8**	AÑO: **2017**	MES: **4**

MENSUAL

Cant.	Código	Concepto	Haberes	Desc.
30,00	62150	DIETA 2/3 PARTES	8.574,10	
	62170	RETENCION UCR X MONTO		300.09
			8.574,10	300,09

Son Pesos: Ocho mil doscientos setenta y cuatro con 1/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

8.274,01

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

F.INGRESO: **12/12/2011** L.ENTREGA: **Administracion Municipal**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1719	**ISASMENDI JOEL ABEL**	**645**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 30193267**	**20-30193267-8**	AÑO: **2017**	MES: **4**

MENSUAL

Cant.	Código	Concepto	Haberes	Desc.
30,00	62150	DIETA 2/3 PARTES	8.574,10	
	62170	RETENCION UCR X MONTO		300.09
			8.574,10	300,09

PRESENTAR CERTIFICADOS MEDICOS DENTRO DE LAS 24 HS., DE LO CONTRARIO SE DESCONTARA DE LAS REMUNERACIONES; Y DIA PARTICULAR 48 HS. ANTES DE TOMARLO.

Son Pesos: Ocho mil doscientos setenta y cuatro con 1/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

8.274,01

TALON PARA EL AGENTE