Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **27/01/2009**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
974	**HAURI MARTIN IGNACIO**	**451**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 17086498**	**20-17086498-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
14,00	10415	dieta concejales	126.148,75		
	60000	I.P.S. 14 %			17,660.83
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			6,055.14
	61399	Ap. UCR			5,045.95
			126.148,75	0,00	28.761,92

Son Pesos: Noventa y siete mil trescientos ochenta y seis con 83/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

97.386,83

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **27/01/2009**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
974	**HAURI MARTIN IGNACIO**	**451**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 17086498**	**20-17086498-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
14,00	10415	dieta concejales	126.148,75		
	60000	I.P.S. 14 %			17,660.83
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			6,055.14
	61399	Ap. UCR			5,045.95
			126.148,75	0,00	28.761,92

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y siete mil trescientos ochenta y seis con 83/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

97.386,83

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **20/11/2009**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
991	**MOYANO MARIANELA**	**495**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 29860313**	**27-29860313-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA

Categoria 14

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
13,00	10415	dieta concejales	125.042,18		
	60000	I.P.S. 14 %			17,505.91
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			6,002.02
	61550	aporte pj			4,376.48
			125.042,18	0,00	27.884,41

Son Pesos: Noventa y siete mil ciento cincuenta y siete con 77/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

97.157,77

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **20/11/2009**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
991	**MOYANO MARIANELA**	**495**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 29860313**	**27-29860313-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA

Categoria 14

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
13,00	10415	dieta concejales	125.042,18		
	60000	I.P.S. 14 %			17,505.91
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			6,002.02
	61550	aporte pj			4,376.48
			125.042,18	0,00	27.884,41

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y siete mil ciento cincuenta y siete con 77/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

97.157,77

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/01/2011**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1036	**MANCINO ANA PAULA**	**613**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 20586803**	**27-20586803-3**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
12,00	10415	dieta concejales	123.935,62		
	60000	I.P.S. 14 %			17,350.99
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,948.91
	61399	Ap. UCR			4,957.42
			123.935,62	0,00	28.257,32

Son Pesos: Noventa y cinco mil seiscientos setenta y ocho con 30/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

95.678,30

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/01/2011**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
1036	**MANCINO ANA PAULA**	**613**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 20586803**	**27-20586803-3**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
12,00	10415	dieta concejales	123.935,62		
	60000	I.P.S. 14 %			17,350.99
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,948.91
	61399	Ap. UCR			4,957.42
			123.935,62	0,00	28.257,32

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y cinco mil seiscientos setenta y ocho con 30/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

95.678,30

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/01/2014**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
646	**ACUÑA ALAN GABRIEL**	**724**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 37380317**	**20-37380317-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
9,00	10415	dieta concejales	120.615,91		
	60000	I.P.S. 14 %			16,886.23
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,789.56
	61399	Ap. UCR			4,824.64
			120.615,91	0,00	27.500,43

Son Pesos: Noventa y tres mil ciento quince con 48/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

93.115,48

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/01/2014**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
646	**ACUÑA ALAN GABRIEL**	**724**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 37380317**	**20-37380317-1**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
9,00	10415	dieta concejales	120.615,91		
	60000	I.P.S. 14 %			16,886.23
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,789.56
	61399	Ap. UCR			4,824.64
			120.615,91	0,00	27.500,43

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y tres mil ciento quince con 48/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

93.115,48

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2015**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
664	**ETCHEPARE MAURICIO CARLOS**	**788**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 22478918**	**20-22478918-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
7,00	10415	dieta concejales	118.402,78		
	60000	I.P.S. 14 %			16,576.39
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,683.33
	61399	Ap. UCR			4,736.11
			118.402,78	0,00	26.995,83

Son Pesos: Noventa y un mil cuatrocientos seis con 95/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

91.406,95

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2015**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
664	**ETCHEPARE MAURICIO CARLOS**	**788**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 22478918**	**20-22478918-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
7,00	10415	dieta concejales	118.402,78		
	60000	I.P.S. 14 %			16,576.39
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,683.33
	61399	Ap. UCR			4,736.11
			118.402,78	0,00	26.995,83

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y un mil cuatrocientos seis con 95/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

91.406,95

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2015**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
665	**DOLADE MARISA DELIA**	**789**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 23495289**	**27-23495289-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA

Categoria 14

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
7,00	10415	dieta concejales	118.402,78		
	60000	I.P.S. 14 %			16,576.39
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,683.33
	61399	Ap. UCR			4,736.11
			118.402,78	0,00	26.995,83

Son Pesos: Noventa y un mil cuatrocientos seis con 95/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

91.406,95

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2015**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
665	**DOLADE MARISA DELIA**	**789**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 23495289**	**27-23495289-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA

Categoria 14

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
7,00	10415	dieta concejales	118.402,78		
	60000	I.P.S. 14 %			16,576.39
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,683.33
	61399	Ap. UCR			4,736.11
			118.402,78	0,00	26.995,83

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Noventa y un mil cuatrocientos seis con 95/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

91.406,95

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2017**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
702	**SEMINARA JUAN IGNACIO**	**859**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 33842098**	**20-33842098-7**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
5,00	10415	dieta concejales	116.189,64		
	60000	I.P.S. 14 %			16,266.55
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,577.10
	61399	Ap. UCR			4,647.59
			116.189,64	0,00	26.491,24

Son Pesos: Ochenta y nueve mil seiscientos noventa y ocho con 40/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

89.698,40

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **11/12/2017**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
702	**SEMINARA JUAN IGNACIO**	**859**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 33842098**	**20-33842098-7**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
5,00	10415	dieta concejales	116.189,64		
	60000	I.P.S. 14 %			16,266.55
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,577.10
	61399	Ap. UCR			4,647.59
			116.189,64	0,00	26.491,24

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Ochenta y nueve mil seiscientos noventa y ocho con 40/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

89.698,40

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/03/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
750	**NAVARRO DANIELA SILVINA**	**973**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 23890531**	**27-23890531-7**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
1,00	10415	dieta concejales	111.763,37		
	60000	I.P.S. 14 %			15,646.87
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,364.64
	61399	Ap. UCR			4,470.53
			111.763,37	0,00	25.482,04

Son Pesos: Ochenta y seis mil doscientos ochenta y uno con 33/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

86.281,33

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **01/03/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
750	**NAVARRO DANIELA SILVINA**	**973**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 23890531**	**27-23890531-7**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
1,00	10415	dieta concejales	111.763,37		
	60000	I.P.S. 14 %			15,646.87
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,364.64
	61399	Ap. UCR			4,470.53
			111.763,37	0,00	25.482,04

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Ochenta y seis mil doscientos ochenta y uno con 33/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

86.281,33

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **10/12/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
781	**BURGOS SUPPES JOAN MATEO**	**1018**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
2	**14**	**1**	**Secretario Legislati**	**8**	**DNI 44454317**	**20-44454317-6**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
30,00	10000	Básico	110.656,80		
	60000	I.P.S. 14 %			15,491.95
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,311.53
			110.656,80	0,00	20.803,48

Son Pesos: Ochenta y nueve mil ochocientos cincuenta y tres con 32/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

89.853,32

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **10/12/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
781	**BURGOS SUPPES JOAN MATEO**	**1018**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
2	**14**	**1**	**Secretario Legislati**	**8**	**DNI 44454317**	**20-44454317-6**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
30,00	10000	Básico	110.656,80		
	60000	I.P.S. 14 %			15,491.95
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,311.53
			110.656,80	0,00	20.803,48

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Ochenta y nueve mil ochocientos cincuenta y tres con 32/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

89.853,32

TALON PARA EL AGENTE

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **10/12/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
782	**CAMPITELLI ANTONELA AGOSTINA**	**1019**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 36386655**	**27-36386655-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
1,00	10415	dieta concejales	111.763,37		
	60000	I.P.S. 14 %			15,646.87
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,364.64
	61399	Ap. UCR			4,470.53
			111.763,37	0,00	25.482,04

Son Pesos: Ochenta y seis mil doscientos ochenta y uno con 33/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

86.281,33

TALON PARA LA MUNICIPALIDAD

Municipalidad de San Cayetano

LUGAR DE ENTREGA: **Administracion Municipal**

FECHA DE EMISIÓN: **27/02/2023** FECHA DE INGRESO: **10/12/2021**

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO
782	**CAMPITELLI ANTONELA AGOSTI**	**1019**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**14**	**1**	**Concejal**	**8**	**DNI 36386655**	**27-36386655-2**	AÑO: **2023**	MES: **2**

CATEGORIA: **Categoria 14**

MENSUAL

Cantidad	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
1,00	10415	dieta concejales	111.763,37		
	60000	I.P.S. 14 %			15,646.87
	60100	I.O.M.A. 4,8 %			5,364.64
	61399	Ap. UCR			4,470.53
			111.763,37	0,00	25.482,04

SR. AGENTE: EN CASO DE ENFERMEDAD DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DENTRO DE LAS 24 HS. DE LA FECHA DE ATENCIÓN Y SOLICITAR DÍA PARTICULAR 48 HORAS ANTES PARA FACILITAR UNA ÓPTIMA ORGANIZACION DEL ÁREA.

Son Pesos: Ochenta y seis mil doscientos ochenta y uno con 33/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

86.281,33

TALON PARA EL AGENTE