

FORMULARIO 02

DETALLE DE GASTOS - RELACIÓN DE COMPROBANTES

Municipalidad de :

Mes de :

N° Orden	Fecha del comprobante	Comprobante (Fact. u Orden de Pago)		C.U.I.T.	PROVEEDOR	CONCEPTO	Forma de Pago				IMPORTE TOTAL DEL PAGO	
		TIPO	N°				EFFECTIVO	CHEQUE		IMPORTE		
							IMPORTE	BANCO	N°			IMPORTE
TOTAL							XX			XX		
TOTAL DE GASTOS											XX	

Los Gastos informados han sido debidamente autorizados por autoridad competente.

Lugar y Fecha:

Firma y sello del Tesorero

Firma y sello del Secretario

Firma y sello del Presidente