Sector:	**SALUD**
Año:	**2014**
	AGOSTO
Tipo de Documento:	**FACTURAS**
Municipio:	**TENO**

DEUDA EXIGIBLE

					Año Actual
Rut de Proveedor	**Nombre de Proveedor o Acreedor**	**Nº de**	**Concepto**	**Descripción del Concepto**	**Monto Total**
	SIN MOVIMIENTO				
				T O T A L	**$ -**