Sector:	**SALUD**
Año:	**2010**
Trimestre:	**FEBRERO**
Tipo de Documento:	**FACTURAS**
Municipio:	**TENO**

					Año Actual
Rut de Proveedor	**Nombre de Proveedor o Acreedor**	**Nº de**	**Concepto**	**Descripción del Concepto presupuestario**	**Monto Total**
	SIN MOVIMIENTO				

MATILDE M. LABBE FUENZALID
ENCARGADA DE FINANZAS
DEPTO. SALUD TENO