Sector:	**SALUD**
Año:	**2010**
Trimestre:	**NOVIEMBRE**
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**
82.644.900-4	LAZAROVICH Y CIA. LIMITADAI	123689	22-04-000-000	Materiales de Uso o Consumo	$ 18,000
88.518.600-9	JOSE PUERTAS PONS Y CIA. LTDA.	1093941	22-04-000-000	Materiales de Uso o Consumo	$ 21,960
					$ 39,960

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