



DECRETO DE PAGO N° 000559

Paguese por Tesorería a **CLINICA DENTAL MONUDENTAL S.A.**
R.u.t. 76266966-8 la suma de **10.764.000** DIEZ MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL pesos m/l ****

Correspondiente a :
CANCELA F/1. 78 ALTAS INTEGRALES HYMERS PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2013 SEGUN CERTIFICACION SRTA
STEPHANIE NOVOA PROFESIONAL AREA GESTION CLINICA D.A.S. Y DOCUMENTACION ADJUNTA

DOCUMENTO(S) ASOCIADO(S) A LA RESOLUCION				
Documento	Descripción	Número	Fecha	Monto \$
FACTURAS	F/1. 78 Altas Integrales Hymres	000000001	18/03/2014	10.764.000
			Total	10.764.000

Comprobante de Egreso N° _____, con fecha _____ Cheque N° _____ V°B° Contabilidad _____

IMPUTACION CONTABLE - PRESUPUESTARIA			
Cuenta Contable	Descripción Cuenta Contable	Monto al Debe	Monto al Haber
215-22-11-999-002	SERVICIOS MEDICOS Y ODONTOLOGICOS	10.764.000	10.764.000
111-02-03-002	FONDOS DE SALUD 53409000041		
Totales Registrados		10.764.000	10.764.000

JEFA DE FINANZAS D.A.S.
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

JEFE DEPTO. FINANZAS Y OPERACIONES D.A.S.
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

DIRECTOR DE FINANZAS D.A.S.
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

DIRECTORA DE CONTROL(S)
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

ADMINISTRADOR MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE