



DECRETO DE PAGO N° 000697

Paguese por Tesorería a **CENTRO CLINICO MILITAR CONCEPCION**

R.u.t. **65311270-K** la suma de **112.500**

CIENTO DOCE MIL QUINIENTOS pesos m/l *****

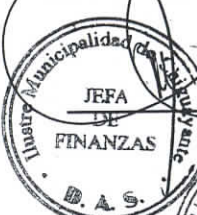
Correspondiente a :

CANCELA FAC/16995 EXAMENES PROYECCION COMPLEMENTARIA PROGRAMA IMAGENES DIAGNOSTICAS CESFAM DE LA
COMUNA SEGUN CERTIFICACION DE SRITA STEPHANIE NOVOA SANZANA PROFESIONAL AREA GESTION CLINICA Y
DOCUMENTACION ADJUNTA

DOCUMENTO(S) ASOCIADO(S) A LA RESOLUCION				
Documento	Descripción	Número	Fecha	Monto \$
FACTURAS	Fac/16995 Exam. Proy Compl. Prog.imag. D	000016995	31/03/2014	112.500
			Total	112.500

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
215-22-11-999-003	RADIOGRAFIAS Y EXAMENES	112.500	
111-02-03-002	FONDOS DE SALUD 53409000041		112.500
Totales Registrados		112.500	112.500


JESSICA CEA GALLEGOS
JEFE DE FINANZAS D.A.S. (S)


SONIA SALDÍAS VÁSQUEZ
DIRECTORA ADM. Y FINANZAS


ROSALBA GARCÍA SANHUEZA FUENTES
JEFE DEPTO. FINANZAS Y OPERACIONES D.A.S. (S)


MIGUEL GUERRERO MALDONADO
DIRECTOR DE CONTROL

DIRECCION DE CONTROL
CHIGUAYANTE
RECIBIDO 23/04 HORA 14:02
FIRMA: _____