

DECRETO DE PAGO N° 001484

Paguese por Tesorería a **SILVIA MOYA NOVOA**

R.U.T. **6852742-2** la suma de **70.635**

SETENTA MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO pesos m/l *****

Correspondiente a :

CANCELA ESTIPENDIO CUIDADOR PACIENTE POSTRADO V.M.F. SEGUN DOCUMENTACION ADJUNTA

DOCUMENTO(S) ASOCIADO(S) A LA RESOLUCION

Documento	Descripción	Número	Fecha	Monto S
NO PRESUPUESTARIO	Cuidador Paciente Postrado Pabla Novoa S	000000005	26/08/2013	70.635
Total				70.635

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
216-01-03	DOCUMENTOS CADUCADOS D.A.S.	70.635	
111-02-03-003	FONDOS SALUD - CONVENIOS 53409000050		70.635
Totales Registrados		70.635	70.635



HUGOLINA SANHUEZA FUENTES
JEFA DE FINANZAS D.A.S.



DR. JORGE RAMOS VARGAS
DIRECTOR D.A.S. (S)



HECTOR CHAVEZ NORIEGA
DIRECTOR ADM. Y FINANZAS (S)



MOQUE PUERRERO MALDONADO
DIRECTOR DE CONTROL



ERIX LAGOS MARTINEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
OFICINA DE PARTES
CHIGUAYANTE
Fecha: _____ Hora: _____
Firma: **28 AGO 2013**

DIRECCION DE CONTROL
CHIGUAYANTE
RECIBIDO _____ HORA _____
FIRMA: **27-AGO-2013**