Sector:	**Salud**
Año:	**2009**
Trimestre:	**2**
Tipo de Documento:	**Factura**
Municipio:	**MAULE**

						Año Actual		
Rut de Proveedor o Acreedor.	**Nombre de Proveedor o Acreedor**	**Nº de Documento**	**Concepto presupuestario**	**Descripción del Concepto presupuestario**	**Detalle de la factura o documento**	**Monto Total devengado del documento (Acumulado)**	**Monto Total Abonado (al periodo seleccionado)**	**SALDO**