

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA**  
GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : (DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA)

**FECHA** : LUNES, 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Yo, LIC. LEYNIS LANTIGUA, en mi calidad de Gerente Financiero de (**Servicio Regional de Salud Cibao Norte I**),

**CERTIFICO:**

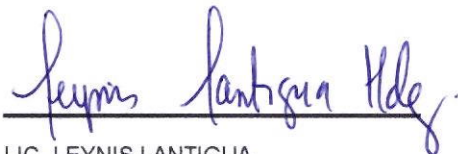
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2025**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período CUARTO PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

**MATERIAL GASTABLE DE ODONTOLOGIA PARA USO DEPENDENCIAS DEL SRSCN I**

**PRESUPUESTO:** Un millón, Quinientos Cincuenta y Nueve Mil, Doscientos Sesenta y Un Pesos con 25/100 RD\$1,559,261.25

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Compra Menor**.

Y para que conste, firmo la presente certificación,



LIC. LEYNIS LANTIGUA  
ENC. FINANCIERA DEL SRSCN I

