

25 de Septiembre de 2025

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

### GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**FECHA** : JUEVES, 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025

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

#### CERTIFICO:

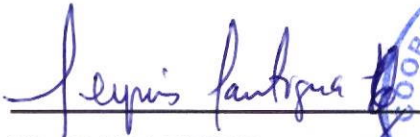
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2025**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período TERCER PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

#### **PRODUCTOS QUIMICOS ODONTOLOGICOS PARA USO DEPENDENCIAS DEL SRSCN I**

**PRESUPUESTO:** Un Millón, Trescientos Cuarenta y Siete Mil, Setecientos Setenta y Dos Pesos Con 75/100 RD\$1,347,772.75

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

