

29 de Septiembre de 2025

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE

Página 1 de 1

**CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA**  
**GERENCIA FINANCIERA**

**REQUERIMIENTO** : (DEPARTAMENTO REGIONAL DE ODONTOLOGIA)

**FECHA** : VIERNES, 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025

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

**CERTIFICO:**

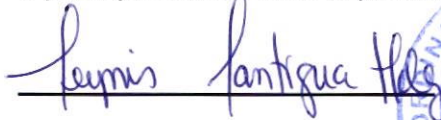
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2025**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período CUARTO PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

**(INSTRUMENTOS DE ODONTOLOGIA PARA DEPENDENCIAS DEL SRSCN I)**

**PRESUPUESTO:** Quinientos Treinta y Ocho Mil Cuatrocientos Sesenta y Cuatro Pesos con 77/100 RD\$ 538,464.77

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 SRSN II

