

09 de Febrero de 2026

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

GERENCIA FINANCIERA

REQUERIMIENTO : DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FECHA : LUNES, 09 DE FEBRERO DE 2026

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

CERTIFICO:

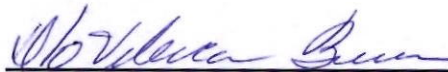
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2026**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período PRIMER PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

MATERIAL GASTABLE ODONTOLOGICO DEL SRSCN I

PRESUPUESTO: Un Millón Cuarenta y Dos Mil Cuatrocientos Cinco Pesos Con 00/00 RD\$ 1,042,405.00

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

