

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

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 I**),

#### 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 TRIMESTRE para la adquisición que se especifica a continuación:

#### (ADQUISICION DE MATERIALES QUIRURGICOS ODONTOLOGICOS DEL SRSCN I)

PRESUPUESTO: Diecinueve mil ochocientos noventa y cinco con 00/100  
RD\$19,895.00.

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

Y para que conste, firmo la presente certificación



LIC. LEYNIS LANTIGUA  
ENC. FINANCIERA DEL SRSCN I

