



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
ENRIQUILLO
Escriba aquí la ubicación.

No. EXPEDIENT
SRSEN-DAF-CM-2025-0009
No. DOCUMENTO

Servicio Regional De Salud Enriqueillo SRSE

11 de marzo de 2026

CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

REQUERIMIENTO : ENC DE. SALUD BUCAL SRSEN

REFERENCIA :

Yo, **Kastiel R. Peralta M.** en mi calidad de Encargado(a) -Financiera de **Servicio Regional De Salud Enriqueillo**, **CERTIFICO**: Que esta Dirección -Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2026**, y hace la reserva de la cuota de compromiso del período **ENERO-DICIEMBRE** para la contratación que se especifica a continuación:

PRESUPUESTO:

Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	N/A	2.6.3.2.0.1	UND. DELTAL COMPLETA	UND	3	184,080.00	552,240.00

Quinientos cincuenta y dos Mil
doscientos cuarenta pesos 00/100

Total: 552,240.00

RD \$ 552,240.00

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

Licda. Kastiel R. Peralta M.
Encargada Financiero Interina



Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC.30
Conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o50 de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.50