



No. EXPEDIENTE
SRSNORC-DAF-CM-2023-0039
SRSNORC-DAF-CM-2023-0039
<a href="#">Click here to enter text.</a>

Seleccione la fecha

Página 1 de 1

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL

## CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

### GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : (DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA)

**FECHA** : MIÉRCOLES, 09 DE AGOSTO DE 2023

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

#### CERTIFICO:

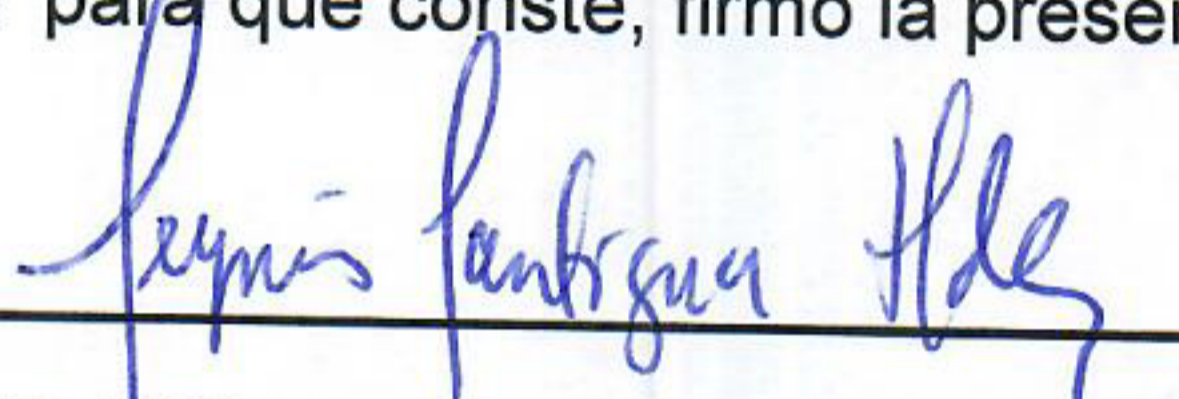
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2023**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período TERCER PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

**(INSTRUMENTOS DE ODONTOLOGIA PARA DEPENDENCIAS DEL SRSN II)**

**PRESUPUESTO:** Cuatrocientos treinta y tres Mil setecientos noventa y cinco pesos con 00/100 RD\$ 358,495.00.

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 SRSN II

