



No. EXPEDIENTE
SRSNORC-DAF-CM-2024-0003
SRSNORC-DAF-CM-2024-0003

Seleccione la fecha

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL

Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

### GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : (DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA)

**FECHA** : JUEVES, 18 DE ENERO DE 2024

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 (**2024**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el (PRIMER PERIODO) para la adquisición que se especifica a continuación:

#### (MATERIAL GASTABLE DE ODONTOLOGIA DEL SRSN II

**PRESUPUESTO:** Un Millón, Doscientos Mil, Cuatrocientos pesos con 00/100  
RD\$ 1,200,400.00

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

