



No. EXPEDIENTE
SRSNORC-DAF-CM-2024-0021
SRSNORC-DAF-CM-2024-0021
Click here to enter text.

Seleccione la fecha

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

GERENCIA FINANCIERA

REQUERIMIENTO : (DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA)

FECHA : MARTES, 26 DE MARZO 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 período PRIMER PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

(INSTRUMENTOS DE ODONTOLOGIA PARA DEPENDENCIAS DEL SRSN II)

PRESUPUESTO: Seiscientos Veintisiete Mil, Cien pesos con 00/100 RD\$
627,100.00.

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

