

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

GERENCIA FINANCIERA

REQUERIMIENTO : (DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA)

FECHA : VIERNES, 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Yo, LIC. JUANA ADAMES DE CARRASCO, 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 TERCER TRIMESTRE para la adquisición que se especifica a continuación:

(ADQUISICION DE MATERIALES QUIRURGICOS ODONTOLOGICOS DEL SRSCN I)

PRESUPUESTO: Ochenta Mil Quinientos Cincuenta pesos con 00/100
RD\$80,550.00.

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

Y para que conste, firmo la presente certificación,



LIC. JUANA ADAMES DE CARRASCO
ENC. ADM. Y FINANCIERO DEL SRSCN I

