

21 de septiembre de 2026

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

GERENCIA FINANCIERA

REQUERIMIENTO : DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FECHA : LUNES, 21 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Yo, **LICDA. JUANA ADAMES DE CARRASCO**, en mi calidad de GERENTE ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL **(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 PERIODO para la adquisición que se especifica a continuación:

UNIDADES DENTALES FIJAS COMPLETAS PARA USO DEPENDENCIAS DEL SRSCN I

PRESUPUESTO: Quinientos sesenta y tres mil ochocientos ocho pesos con 96/100 RD\$ 563,808.96

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Contratación Menor**

Y para que conste, firmo la presente certificación,



LICDA. JUANA ADAMES DE CARRASCO
GERENTE ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL SRSCN I

