

22 de Septiembre del 2026

SERVICIO REGIONAL DE SALUD CIBAO NORTE I

Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN DE APROPIACION PRESUPUESTARIA

### GERENCIA FINANCIERA

**REQUERIMIENTO** : DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**FECHA** : MARTES, 22 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Yo, LIC. JUANA ADAMES DE CARRASCO, en mi calidad de Gerente Administrativo y Financiero de (Servicio Regional de Salud Cibao Norte),

#### 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:

#### **MATERIAL GASTABLE ODONTOLOGICO DEL SRSCN I**

**PRESUPUESTO:** Cuatrocientos Cinco Mil, Ciento un Pesos Con 00/00 RD\$ 405,101.00

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,

  
LIC. JUANA ADAMES DE CARRASCO  
ENC. ADMINISTRATIVA FINANCIERA DEL SRSCN I