Sistema de Información de la Gestión Financiera

Entrada de Diario de Transacciones

(Utilizado para Contabilizar el Gasto Corriente, de Capital y Aplicaciones Financieras)

08/10/2020 7:16 AM
06800212877 - SIGEF

SECCION 1A: DATOS CABECERA SUPERIOR

Presupuesto Año	: 2020	
Cápitulo	: 0206	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SubCápitulo	: 01	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DAF	: 01	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UE	: 0008	INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA

Número y Versión : 6515-1
Fecha Registro : 08/10/2020
Fecha Imputación : 08/10/2020

Terminado

SECCION 1B: DATOS CABECERA MEDIANA

Tipo Transacción : NOMINA SUELDOS SIN SEGURIDAD SOCIAL

Etapa del Gasto : Prev N Comp N Dev N Lib S Pag N

Documento de Ref.: 2020-0206-01-01-0008-6514

Financiero : S
Tipo de Norma : N/A
Desc. Norma : Nomina
Donación :
Préstamo :

SECCION 1C: DATOS CABECERA INFERIOR

Tipo de Gasto	Valores
Presupuestario	28,657.13
No Presupuestario	0.00
Institucional	0.00
Total General	28,657.13

Totales por Moneda		
Concepto	PESOS DOMINICANOS	Pesos Dominicanos
Neto	28,657.13	28,657.13
Deducido	0.00	0.00
Bruto	28,657.13	28,657.13

Agrupador : Nomina

Concepto : ISF PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT 2020

Coletilla : ISF PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT 2020

Código Deuda :

DOCUMENTOS DE RESPALDO

No. Documento	Tipo Doc.	Fecha de Respaldo	Fecha Est. de Pago	Monto Consumido	Moneda Total
32938	NOMINA	25/09/2020	18/10/2020	0.00	28,657.13

SECCION 1D: BENEFICIARIOS

Tipo Doc.	Cod. Benef.	Beneficiario	Monto Bruto	Monto Deducción	Monto Neto
R	430010553	INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME UREÑA	28,657.13	0.00	28,657.13

DEDUCCIONES

SECCION 1E: DATOS DE IMPUTACIONES

Institución Cap-Dep-Daf-Ue	Programática Prg-Prod-Pry-Act	Fuente Fue-Fxp-Org	Ubic. Geo Reg-Prov-Mun	Específico CCP-Ref.Fun-Obj-IRec	Snip Snip-Tip	Descripción del Programa	Total	SubTotal
0206-01-01-0008	18-01-00-0001	10-0100-100	98-99-9999	2.1.1.5.04-4.4.04-001-00000-0000	-	Formación y desarrollo de la carrera docente	28,657.13	28,657.13

SECCION 1F: PIE DEL DOCUMENTO

Firmas Autorizadas para el documento de Gasto No. 2020.0206.01.0008.6515-1

Respons. Unidad Ejecutora

Responsable de Registro

Ministro o Dir. O Indep.

Aprobación Libramiento CGR

DESPACHO RECTORÍA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
DIRECTOR
Unidad de Auditoria Interna
065

Datos del Documento

Documento	**Terminado** - 2020-0206-01-0008-**6515**-NOMINA SUELDOS SIN SEGURIDAD SOCIAL-18-OCT-20 **Concepto Agrupador:** Nomina ; Fuente Esp.: 0100 ; **Financiero** Libramiento ; Registrado: 08/10/2020 ; Imputado: 08/10/2020 ; Fecha Est. de Pago: 18/10/2020 **Esperando por la(s) firma(s) de:** PENDIENTE RECIBIR EN CONTRALORIA, ANALISTA CONTRALORIA, CGR- AUTORIZACION ORDEN DE PAGO		
Monto Nacional	RD 28,657.13 - 0.00 = 28,657.13	Referencia Anterior:	2020-0206-01-0008-6514-NOMINA SUELDOS SIN SEGURIDAD SOCIAL-18-OCT-20
Monto Moneda	RD 28,657.13 - 0.00 = 28,657.13	Beneficiario:	INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME URENA
Monto Consumido	RD 0.00	Partidas:	Inst:2020-0206-01-0008 Prg:18-01-00-0001 Fxp:0100 OF:100 CCP:2.1.1.5.04 FN:4.4.04 UG:98-99-9999 Obj:00000 IR:0000 Snip:N/A Tip:

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
DIRECTOR
Unidad de Auditoría Interna
065

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
9/10/20
Fecha
Firma del Abogado
REVISADO

Sistema de Información de la Gestión Financiera

Entrada de Diario de Transacciones

(Utilizado para Contabilizar el Gasto Corriente, de Capital y Aplicaciones Financieras)

08/10/2020 7:18 AM
06800212877 - SIGEF

SECCION 1A: DATOS CABECERA SUPERIOR

Presupuesto Año	: 2020	
Cápitulo	: 0206	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SubCápitulo	: 01	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DAF	: 01	MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UE	: 0008	INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA

Número y Versión : 6514-1
Fecha Registro : 08/10/2020
Fecha Imputación : 08/10/2020

Aprobado

SECCION 1B: DATOS CABECERA MEDIANA

Tipo Transacción : NOMINA SUELDOS SIN SEGURIDAD SOCIAL

Etapa del Gasto : Prev [N] Comp [N] Dev [S] Lib [N] Pag [N]

Documento de Ref.: 2020-0206-01-01-0008-6337

Financiero : [S]
Tipo de Norma : N/A
Desc. Norma : Nomina
Donación :
Préstamo :

SECCION 1C: DATOS CABECERA INFERIOR

Tipo de Gasto	Valores
Presupuestario	28,657.13
No Presupuestario	0.00
Institucional	0.00
Total General	28,657.13

Totales por Moneda		
Concepto	PESOS DOMINICANOS	Pesos Dominicanos
Neto	28,657.13	28,657.13
Deducido	0.00	0.00
Bruto	28,657.13	28,657.13

Agrupador : Nomina

Concepto : ISF PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT 2020

Coletilla : ISF PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT 2020

Código Deuda :

DOCUMENTOS DE RESPALDO

No. Documento	Tipo Doc.	Fecha de Respaldo	Fecha Est. de Pago	Monto Consumido	Moneda Total
32938	NOMINA	25/09/2020	18/10/2020	28,657.13	28,657.13

SECCION 1D: BENEFICIARIOS

Tipo Doc.	Cod. Benef.	Beneficiario	Monto Bruto	Monto Deducción	Monto Neto
R	430010553	INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME URENA	28,657.13	0.00	28,657.13

DEDUCCIONES

SECCION 1E: DATOS DE IMPUTACIONES

Institución Cap-Dep-Daf-Ue	Programática Prg-Prod-Pry-Act	Fuente Fue-Fxp-Org	Ubic. Geo Reg-Prov-Mun	Específico CCP-Ref.Fun-Obj-IRec	Snip Snip-Tip	Descripción del Programa	Total	SubTotal
0206-01-01-0008	18-01-00-0001	10-0100-100	98-99-9999	2.1.1.5.04-4.4.04-001-00000-0000	-	Formación y desarrollo de la carrera docente	28,657.13	28,657.13

SECCION 1F: PIE DEL DOCUMENTO

Firmas Autorizadas para el documento de Gasto No. 2020.0206.01.0008.6514-1

Respons. Unidad Ejecutora

Responsable de Registro

Ministro o Dir. O Indep.

Aprobación Libramiento CGR

DEPARTAMENTO FINANCIERO • RECTORÍA • SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

DEPARTAMENTO FINANCIERO • DIVISIÓN DE CONTABILIDAD • RECTORÍA • INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA • SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

DESPACHO • RECTORÍA • INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA • SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

Sistema Integrado de Gestión Financiera

Periodo: 2020

REGISTRO DE ARCHIVO ANEXO DE NOMINAS

Periodo: 2020
Capitulo: 0206 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SubCapitulo: 01 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
01 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UE: 0008 INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA

Codigo Archivo: 32938
Tipo Trans.: 000167-001-NOMINA SUEL
Fecha Nómina: 25/09/2020
Nombre Archivo: NISF202009VACPERSINACTSEPT2020.TXT.TXT
Medio de Pago: Pago Electronico

Datos del Beneficiario

Tipo Documento: R RNC
Codigo Beneficiario: 430010553 INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME URENA

Datos del Archivo

Fecha Entrada: 30/09/2020
Fecha Proceso: 30/09/2020
Status: 07 CERTIFICADO

Monto Bruto:	28,657.13
Monto Descuentos:	0.00
Monto Neto:	28,657.13
Monto AFP PersonaL:	0.00
Monto AFP Patronal:	0.00
Monto Riesgo Lab.:	0.00

Documentos de Gastos:
PrevCompromiso: 0206.01.01.0008.6337
Devengado: ....
Libramiento: ....

Descripcion

ISF PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT 2020

Observaciones

Archivo :2020-32938 Líneas procesadas :2 Líneas Imputación :1 Líneas Empleados : 1 Líneas Deducciones : 0

Partidas

Institución Cap-SCap-UE	Programática Prg-Prod-Pry-Act	Fuente Fesp-Org	Ubc. Geo Reg-Prov-Mun	Específico CCP-Fun-Obj	Quincena 1	Quincena 2	Deducciones	Importe
0206-01-0008	18-01-00-0001	0100-100	98-99-9999	2.1.1.5.04-4.4.04-00000	0.00	28,657.13	0.00	28,657.13
				Total:	0.00	28,657.13	0.00	28,657.13

Deducciones

Deduccion	Tipo Doc.	Cod.Beneficiario	Nombre	Importe
			Total:	

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA
DIRECTOR
Unidad de Auditoría Interna
065

Instituto Superior de Formación Docente Salomé Ureña
RECTORÍA
"Año de lanConsolidacion de la Seguridad Alimentaria"

No. Solicitud de Pago	REC-LN-20-341	Fecha	28-sep-20

Páguese a favor de	**PAGO VACACIONES PERSONAL INACTIVO SEPTIEMBRE 2020**		
Por la suma de	**VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS 13/100**	**RD$**	**28,657.13**
Por Concepto de:	PGO VACACIONES NO DISFRUTADAS A PERSONAL INACTIVO SEPTIEMBRE 2020		

VALOR SUB-TOTAL		RD$	28,657.13
Descuento		RD$	-
TOTAL NETO		**RD$**	**28,657.13**
Menos: Retención Impuesto s/Renta		RD$	-
Mas ITBIS del	**18%**	RD$	-
Menos: Retención ITBIS			
Menos: Otras Retenciones	-		
Otros (+/-). Especifique:			
TOTAL A PAGAR		**RD$**	**28,657.13**

SEGÚN DOCUMENTOS ANEXOS

Cta.Contable	Cuenta Presupuestaria	POA	Débito	Crédito
111221 Fondos Apropiados Tesorería Nacional				RD$ 28,657.13
511184 . Pago de Vacaciones	2.1.1.5.04 Proporción de vacaciones no disfrutadas		RD$ 28,657.13	
		TOTAL	**RD$ 28,657.13**	**RD$ 28,657.13**

Elaborado Por:	Jenifer Ybette Nuñez Gloss

a) Elaboración	b) Verificación	c) Auditado 1
Mayra Lara **Directora de Nomina y Compensaciones**	**Carlixta de la Rosa** **Div. Contabilidad**	**Departamento de Fiscalización** **Auditora**
Fecha Recibido: 29/09/2020	Fecha Recibido:	Fecha Recibido:
Fecha Entregado: 29/09/2020	Fecha Entregado:	Fecha Entregado:
d) Auditado 2	e) Autorización	
Unidad de Control Interno (UCI) **CGR**	**Unidad de Control Interno (UCI), CGR**	
Fecha Recibido:	Fecha Recibido:	
Fecha Entregado:	Fecha Entregado:	

REVISADO
Firma del Abogado
Fecha
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA

Instituto Superior de Formación Docente Salomé Ureña
RECTORIA

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

ISFODOSU
RECT / ADM LIB 130-20

Santo Domingo, D. N.
09 de Octubre 2020

A : **Lic. Luis Rafael Delgado Sánchez**
Contralor General de la Republica
Su Despacho

Atención : **Lic. Joaquín González**
Enc. Unidades de Auditoria Interna CGR

Vía : **Lic. Samuel Suzaña**
Encargado Unidad de Auditoría Interna
CGR-ISFODOSU

Asunto : Remisión de Libramientos y/o Nominas

Cortésmente, le estamos remitiendo los libramientos del capítulo 0206, que detallamos a continuación:

CANT	NO. LIBRAMIENTO	SUPLIDOR	MONTO RD$
1	6515	ISF-PAGO VACACIONES A EX EMPLEADOS SEPT. 2020	RD$ 28,657.13
2	6532	ISF-NOM. DOC. DE ALTA CALIDAD. CARÁCTER EVENTUAL OCT. 2020	RD$ 13,007,364.73
3	6534	ISF-PAGO NOM. PERSONAL DE VIGILANCIA OCT. 2020	RD$ 540,910.90
4	6536	ISF-NOM. ADM. 10% CARÁCTER EVENTUAL OCT. 2020	RD$ 863,000.00
5	6541	ISF-PAGO NOM. DOCENTE CONTRATADA OCT. 2020	RD$ 14,423,201.34

Atentamente,

Alliet Ortega Rabassa, MSc
Vicerrectora de Gestión

VICERRECTORA DE GESTIÓN • RECTORIA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOME UREÑA ISFODOSU
SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
9/10/20
Firma del Abogado Fecha
REVISADO

Av. Caonabo Esq. Leonardo D Vinci, Urb. Renacimiento, Santo Domingo, República Dominicana Central:
(809)482-3797 ext 224, y 248, WWW.isfodosu.edu.do; Email: administrativarect@isfodosu.edu.do

REPUBLICA DOMINICANA

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME URE

LIB.

Proc.28/09/2020

VACACIONES NO DISFRU

CONCEPTO : P.VAC.NO DISFRUTADA SEPT 2020

Capitulo y Prosua de la Institución Procesada:
02060101000818010000001-INSTITUTO SUPERIOR DE

CAP. 0206 **SUB-CAP.** 01 **DAF.** 01 **UE.** 0008 **PROG.** 18 **SUB-PROG.** 01 **PROY** 00 **ACT.** 0001 INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE SALOME **FUNCION** **OBJETO** 2.1.1.5.04

Tarjeta/Cédula	Empleado/Cargo	S. Bruto	ISR	Seguro	Tesoreria de la Seguridad Social: Empleado S. Social	Empleado S F S	Empleador S.F.S	Empleador S.Social	Riesgo Lab.	Otros Desc. NO Detallados	Total Desc.	Neto
22 VAC 402-2424001-6	GIVANNA CUEVAS GRULLON SECRETARIA	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales Actividad	0001 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales Proyecto.	00 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales Sub-prog.	01 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales Programa	18 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales UE	0008 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Totales DAF	01 1	28,657.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,657.13
Total	1	**28,657.13**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**28,657.13**

DEPARTAMENTO DE NÓMINAS • RECTORÍA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA

5/10/20

Firma del Abogado Fecha

REVISADO

REPUBLICA DOMINICANA

PROC. 28/09/2020 — INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION DOCENTE — LIB. — PAG. 2

RECAPITULACION DE LA NOMINA

P.VAC.NO DISFRUTADA SEPT 2020

CAP. 0206 **SUB-CAP.** 01 **DAF** 01 **UE** 0008 **PROG.** 18 **OBJETO** 2.1.1.5.04

SIGEF	R N C	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR	NO. REF.
	401517078	TESORERIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	APORTE FONDOS DE PENSIONES		000002
	401517078	TESORERIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	APORTE SEGURO DE RIESGO LABORALES		000003
	401517078	TESORERIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	APORTE SEGURO FAMILIAR DE SALUD		000004
		TOTAL DEDUCCIONES		**0.00**	
		MAS TOTAL NETO		**28,657.13**	
		TOTAL DE LIBRAMIENTO		**28,657.13**	
		TOTAL BRUTO		**28,657.13**	

CERTIFICO QUE ESTA NOMINA DE PAGO, QUE CONSTA DE **2 HOJAS, ESTA CORRECTA Y COMPLETA Y QUE LAS PERSONAS ENUMERADAS EN LA MISMA SON LAS QUE A ESTA FECHA FIGURAN EN LOS RECORDS DE PERSONAL QUE MANTIENE LA SECCION DE SERVICIOS PERSONALES DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.

REVISADO POR:
LIC. JENIFER Y. NUÑEZ GLOSS
ANALISTA DE NOMINA

REVISADO POR:
ALLIET ORTEGA RABASSA
VICERRECTORA DE GESTION

REVISADO POR:
LIC. JOSE ERNESTO JIMENEZ
DIRECTOR PRESUPUESTO

REVISADO POR:
DR. JULIO SANCHEZ MARIÑEZ
RECTOR

DEPARTAMENTO DE NÓMINA • RECTORÍA — INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA — SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

VICERRECTORÍA DE GESTIÓN • RECTORÍA — INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA ISFODOSU — SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

DEPARTAMENTO FINANCIERO • RECTORÍA — INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA ISFODOSU — SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

DESPACHO • RECTORÍA — INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA — SANTO DOMINGO • REPÚBLICA DOMINICANA

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
5/10/20
Firma del Abogado — Fecha
REVISADO

INSTITUTO SUPERIOR
DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
ISFODOSU

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

RRHH.
317-2020

Santo Domingo, D.N.
20 de agosto año 2020.-

A: **JULIO SANCHEZ MARIÑEZ, Ph. D.**
Rector.
Presente.

Vía: **ALLIET ORTEGA RABASSA, M.Sc.**
Vicerrectora de Gestión

Atención: **LIC. REYES SEBASTIAN CAMINERO**
Encargado de Presupuesto.

LICDA. MAYRA LARA
Directora Unidad de Nóminas y Compensaciones.

Asunto: Solicitud de Pago de beneficios laborales de la ex colaboradora **Gildania Grullón.**

Anexo: Comunicación suscrita por el Lic. Ramon Ventura Camejo, con sus anexos.

Cortésmente tengo a bien remitirle lo descrito en el anexo, a los fines de solicitar su autorización para que se realice el pago correspondiente.

Agradezco su atención,

ANDREA ARAGON ESCOBAR
Directora

AAE/mr

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
5/10/20
Firma del Abogado Fecha
REVISADO

MAP
MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Ave. 27 de Febrero No. 419,
El Millón II, Santo Domingo, D. N.
República Dominicana
T. 809-682-3298 • F. 809-687-4043
1-809-200-3297 (sin cargos)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

www.map.gob.do

RNC.: 401-03674-6
"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"
"Avanzamos para ti"

7 de Agosto del 2020

No. : **DRL-720-2020**

Al : **Sr. Julio Sánchez Maríñez, PHD**
Rector del Instituto Superior de Formación Docente Salome Ureña (ISFODOSU)
Su Despacho.-

Asunto : **Remisión Cálculo de Beneficios Laborales**

Anexo : Cálculo de Vacaciones, Salario de Navidad No. 19912/2020

Remitimos, muy cortésmente, el cálculo correspondiente a la solicitud de pago a favor de la señora **Gildania Grullón Peguero**, ex empleada de esa institución.

Conforme con las disposiciones del artículo 62 de la Ley Núm. 41-08 de Función Pública del 16 de Enero del 2008, "los titulares de los órganos o entidades de la administración pública tendrán un plazo de quince (15) días para tramitar el pago de dichas sumas". En caso de que exista diferencia en los montos, los documentos deberán ser devueltos al MAP, con las observaciones correspondientes, a los fines de rectificación.

Los pagos de prestaciones económicas a los funcionarios y servidores públicos de Estatuto Simplificado, serán efectuados por la administración en un plazo no mayor de 90 días a partir del inicio del trámite (Art. 63 de la Ley 41-08), para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,

Lic. Ramón Ventura Camejo
Ministro de Administración Pública

RVC/MCH/amr
DRL/Remisiones, Agosto, 2020

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
5/10/20
Firma del Abogado Fecha
REVISADO

Ministerio de Administración Pública
MAP

INSTITUTO SUPERIOR
DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
ISFODOSU

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

RRHH
290-2020

Santo Domingo, D.N.
03 de agosto del 2020.-

Al: **Lic. Ramón Ventura Camejo**.
Ministro de Administración Pública,

Asunto: Realización cálculo de beneficios laborales.

Anexos: Expediente de la ex colaboradora

Distinguido señor Ministro:

Al saludarle cortésmente, le remitimos el cálculo de prestaciones laborales de la Sra. **Gildania Grullón Peguero,**, cédula de identidad y electoral No. **001-1128469-1**, por fallecimiento.

Queda de usted, con sentimientos de la más alta estima y consideración,

Atentamente,

ANDREA ARAGON DE ESCOBAR
Directora

AAE/mr

MINISTERIO DE ADMINISTRACION PUBLICA
CORRESPONDENCIA
Camacho
04 AGO 2020
12:48 PM
RECIBIDO

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
5/10/20
Firma del Abogado Fecha
REVISADO

MAP MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Avanzamos para ti	CALCULO DE BENEFICIOS LABORALES	FO DRL-001
		Version: 02

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

RNC.: 401-03674-6

Cédula : 001-1128469-1
Nombre : Gildania
Apellido : Grullón Peguero
Fecha de Nacimiento : 8/17/1976 11:39:57 AM
Sexo : Femenino
Cargo : SECRETARIA
Departamento : DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
Institución : Instituto Superior de Formación Docente Salomé Ureña

Número : 19912-2020
Tiempo Laboró : 16 Años Ininterrumpidos
Motivo : Fallecimiento
Fecha Salida : 7/31/2020
Fecha Reclamación 7/28/2020 10:30:58
Sueldo : $34,500.00

MONTO Y DETALLE DE BENEFICIOS

Descripción	Tiempo		Monto
Salario de Navidad **Articulo 58, Numeral 4, Ley No 41-08, de Función Pública.**	7	Meses	20,125.00
Vacaciones **Art.53, 55, Ley 41-08 del 16/01/08 de Función Pública**	18	Días	28,657.13
Total General			**RD$48,782.13**

Nota: Cálculos realizados en base a datos y/o documentos presentados por la parte interesada, por lo cual, las cifras definitivas están sujetas a posibles modificaciones y las retenciones de impuestos correspondientes.

Dado en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los 28 días del mes de Julio , del año Dos Mil Viente (2020).

Lic. Ramón Ventura Camejo
Ministro de Administración Pública

Dra. Mariza de la Cruz Hernández
Directora de la Dirección de Relaciones Laborales

Ministerio de Administración Pública

DOCUMENTO CONTROLADO
SGC - MAP

Av. 27 de Febrero No. 419, sector El Millón II. Santo Domingo, R.D.
Tel. 809-682-3298 | Fax. 809-686-6652
info@map.gob.do, Web Page: www.map.gob.do

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
5/10/20
Firma del Abogado Fecha
REVISADO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Información y Estadística de Salud
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Formato Actualizado Mayo 2017

Folio: 2020 No. 311622

Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿ CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: (Solo en mayores de 15 años) 001 1178691 (Cedula) ☐ Se ignora

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): ☐ Se ignora

Primer Nombre: Gildanira Segundo Nombre: Apellido Paterno: Grullon (Pasaporte) Apellido Materno: Pequero

2. ¿ CUÁL ES EL SEXO?: 1. ☐ Masculino 2. ☒ Femenino 9. ☐ Desconocido

3. ¿ CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: 1. ☒ Dominicana 2. ☐ Otra, especifique: 9. ☐ Desconocida Código

4. ¿ CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 17 08 1976 (Día Mes Año)

5. ¿ CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 999... ☐ Edad Desconocida
Si es mayor de 1 año, edad en 043 años ; Si es menor de un año, edad en ___ meses
Si es menor de 1 mes, edad en ___ días ; Si es menor de un día, edad en ___ horas

6. ¿ CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)
1. ☐ Casado (a) 2. ☒ Unión Libre 3. ☐ Viudo (a) 4. ☐ Divorciado (a) 5. ☐ Separado (a) 6. ☐ Soltero (a) 9. ☐ Desconocido

7. ¿ CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
1. ☐ Ninguno 2. ☐ Primario (1-3 curso) 3. ☐ Primario (4-7 curso) 4. ☐ Primaria completa (terminó el 8 curso)
5. ☐ Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. ☒ Secundario completo (bachiller) 7. ☐ Estudios universitarios 9. ☐ Se ignora

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: 012387556 8.1 ARS: SENASA ☐ Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Fotografa ☐ Se ignora ☐ No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a).
10.1. Provincia: Santo Domingo 10.2. Municipio: Santo D. Este 10.3. Distrito Municipal:
10.4. Sección: 10.5. Barrio / Paraje: Residencial Parque del Este
10.6. Calle y Número: EdH APT 3A 10.7. Teléfono: 809 595 1837

11. ¿ Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? Juan Grullón
12. ¿ Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? Celen Pequero
13. ¿ Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge? Jose Abreu

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
1. ☐ El Embarazo 2. ☐ El Parto 3. ☐ Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. ☐ Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto
5. ☐ No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. ☐ Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 22 07 2020 (Día Mes Año)

15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 05 45 (Horas Minutos) ☐ A.M. ☒ P.M.

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?
1. ☐ Centro de Salud Público 2. ☒ Centro de Salud Privado 3. ☐ Casa
4. ☐ Vía Pública 5. ☐ Otro
16.1. ☐ Nombre del Centro de Salud: Instituto Materno Infantil y Esped. Código

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE?
17.1. Provincia: Santiago 17.2. Municipio: Santiago 17.3. Distrito Municipal:
17.4. Sección: 17.5. Barrio / Paraje: La Esmeralda
17.6. Calle y Número: Av Juan Pablo Duarte # 200. 17.7. Teléfono: 809-581-4445

18. CAUSA DEFUNCIÓN:

		18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte	Código CIE (llenado por el codificador)
I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente. Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuviera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica	A. Sindrome De Distres Respiratorio agudo		
	debido a (o como consecuencia de) B. Insuficiencia Renal aguda		
	debido a (o como consecuencia de) C. Neumonia por Covid-19		
	debido a (o como consecuencia del) D.		
II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo			

19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: 1. ☒ Sí 2. ☐ No 9. ☐ Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: 1. ☐ Sí 2. ☐ No 9. ☐ Se ignora

22. ¿CUÁL FUÉ EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta)
1. ☐ Accidente de trabajo 2. ☐ Accidente de tránsito 3. ☐ Otro tipo de accidente 4. ☐ Homicidio 5. ☐ Suicidio 6. ☒ No violenta 7. ☐ Indeterminado 9. ☐ Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:
0. ☐ Vivienda 1. ☐ Institución residencial 2a. ☐ Escuela 2b. ☐ Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. ☐ Área de deporte o atletismo
4. ☐ Calle o carretera 5. ☐ Área comercial de servicios 6. ☐ Área industrial o de la construcción 7. ☐ Finca, parcela 8. ☐ Otro 9. ☐ Se ignora

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 031-0359035-6 Teléfono del Inf.: 849-407-0589

24. Nombre y Apellidos del Informante: Jose Abreu 25. Parentesco con el fallecido (a): Pareja

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

26. ¿Quién certifica la muerte?: 1. ☒ Médico tratante 2. ☐ Médico legista 3. ☐ Otro médico 4. ☐ Otro, especifique:

26.1. Certificada por médico anote: Número de exequátur: 3911

26.2. Si la certificación no la realizó el médico tratante ¿Cómo determinó la causa de muerte?: 1. ☐ Necropsia o Autopsia 2. ☐ Reconocimiento del cadáver

26.3. Si la defunción es certificada en una institución de salud o por un médico legista anote el: Nombre de la institución: Instituto Materno Infantil y Especialidades

26.4. Nombre(s) y Apellidos del Certificante: Edwin Saint Hilaire

26.5. Número de Cédula de Identidad del Certificante: 031-0334198-7

26.6. Firma del Certificante

26.7. Dirección del Certificante: Santiago

26.8. Teléfono del Certificante: 809-581-4445

26.9. Fecha de Certificación: 22 07 2020 (Día Mes Año)

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
REVISADO
5/10/20
Firma del Abogado Fecha

INSTITUTO MATERNO INFANTIL Y ESPECIALIDADES
Tradición y Calidad
Calle Juan Pablo Duarte #200 Ensanche Naboría
Tel.: 809-581-4445
Fax: 809-583-4948
Santiago, R.D.

NORMAS DE CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE:

En las primeras 24 horas de ocurrido el deceso, el certificante (preferentemente el médico tratante) procederá a llenar el certificado de defunción, en original (color amarillo) y dos copias (verde y azul). El certificante no deberá omitir ningún dato, cuando se haya agotado todos los recursos, y aún se desconoce el dato, marque X en la opción ☐ 9. Desconocido / Se ignora

La expedición y llenado del Certificado de Defunción son gratuitos. El Original (papel color amarillo), se entregarán al representante o responsable de la familia del fallecido, con la instrucción de llevarlo a la oficialía civil correspondiente para la obtención del acta de defunción, la cual es requisito para fines de enterramiento (no así el certificado de defunción). La oficialía civil expedirá y entregará el acta de defunción al interesado y retendrá el original para enviarla a la Dirección Provincial de Salud (DPS) correspondiente. La primera copia (papel color verde) el centro de salud certificante deberá enviarla a la Dirección Provincial de Salud (DPS) correspondiente. La segunda copia (papel color azul) se archivará en la unidad de estadísticas del centro de salud, para fines de auditoría del sistema de información.

En el establecimiento de salud donde ocurra el deceso, para autorizar el retiro del cadáver del mismo, es condición que se haya expedido previamente la certificación médica mediante llenado del **Certificado de defunción**.

En el caso de que la persona fallecida no haya tenido atención médica en su último evento mórbido o falleciera fuera de un establecimiento de salud, el certificado de defunción deberá ser llenado por un médico de la localidad o médico legista.

Si la declaración de la muerte fuera hecha por una autoridad civil no médica (alcalde pedáneo, juez, otras), se deberá notificar según proceda al establecimiento de salud público más cercano o médico legista, a fin de completar el Certificado de Defunción, para lo cual una autoridad sanitaria competente deberá investigar, establecer y consignar la causa de la muerte.

Cuando se trate de la ocurrencia de muerte súbita, muerte con indicio de violencia, muerte de causa desconocida o cuando los hallazgos clínicos son insuficientes para documentar la causa, el llenado del Certificado de Defunción es responsabilidad del médico legista, conforme a lo establecido en la Ley 136-80 sobre Autopsia Médico Legal.

Si se tratara de una defunción ocurrida en territorio extranjero para hacer enterramiento en territorio dominicano del cadáver o sus cenizas, es requisito que se expida la certificación sanitaria en el país donde ocurrió la defunción, a fin de evitar que las autoridades dominicanas certifiquen por segunda vez dicha defunción.

El responsable de codificación del **establecimiento de salud** y de la **Dirección Provincial de Salud (DPS)**, revisará y codificará las causas de muerte según las recomendaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, y las especificaciones del manual de procedimientos de mortalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

1.1. **NOMBRE DEL FALLECIDO (A):** En el caso de que el fallecido sea un recién nacido anote en el espacio de **"Nombre(s)"** las palabras Recién Nacido.

5. **EDAD CUMPLIDA:** Especifique la edad según corresponda. Si el fallecido tiene uno o más años de edad, solo consigne edad en años. Las casillas para edad en meses, días y horas solo se completarán cuando el fallecido tenga menos de un año de edad. Ejemplos:

a) El fallecido tiene 87 años, consigne |0|8|7| años
b) El fallecido tiene 8 meses de nacido, consigne |0|0|0| años |0|8| meses
c) El fallecido tiene 7 días de nacido, consigne |0|0|0| años |0|0| meses |0|7| días
d) El fallecido tiene 22 horas de nacido, consigne |0|0|0| años |0|0| meses |0|0| días |2|2| horas

Si se ha agotado todos los recursos para determinar la edad, y ésta aún se desconoce marque X en la opción 999. ☐ Desconocida.

6. **ESTADO CONYUGAL:** No aplica en recién nacido y menor de edad que no tenga ningún vínculo conyugal o marital.

9. **OCUPACION HABITUAL:** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido, ejemplo taxista, electricista, modista, etc. Si no trabajaba anote a que se dedicaba; ejemplo: jubilado, ama de casa, estudiante, etc. No aplica en recién nacidos y menores de edad que no trabajan.

15.1. **HORA DE DEFUNCIÓN:** Anote la hora de defunción usando la escala horaria del 1 al 12.

Ejemplo si ocurrió a las tres y veinte de la tarde anote 0 / 3 : 2 / 0 (Horas / Minutos) y luego marque con X en la opción ☐ P.M.

16.1. **Nombre de centro de salud:** Si la muerte ocurrió en un establecimiento de servicio médico, anote el nombre del mismo.

18. **CAUSA DE DEFUNCION:** Esta variable tiene dos partes fundamentales, (I y II). Las que se llenarán como sigue:

En la parte I línea A anote la causa que directamente condujo la muerte. Si la causa mencionada en la línea A se debió a una causa antecedente, anótela en la línea B, si ésta a su vez fue originada por una tercera anótela en la línea C, y si ésta a su vez fue originada por una cuarta anótela en la línea D. En la parte II se anota cualquier otra condición morbosa significativa que haya contribuido a la muerte, pero no estuvo relaciona directamente con la causas anotadas en la parte I. Consigne cada una de las causas en la parte I y II según proceda, anotando una sola causa por línea. No es estrictamente necesario llenar todos los renglones de la parte I si la causa inscrita en la línea A, describe la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte. Nunca use abreviatura para consignar la causa de muerte como IRA, EDA, IAM. Debe usar el nombre de causa completo, ejemplo: Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Diabetes Mellitus tipo II, etc.

Para cada causa inscripta anote el intérvalo de tiempo transcurrido entre la fecha probable del inicio de la causa y fecha de la muerte. Deje en blanco los espacios para códigos de la CIE en las preguntas 18 y 19. Ejemplo para el llenado de la causa:

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:	20.1. Intérvalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte	Código CIE (Revisado por el codificador)
Parte I:		
A. Peritonitis (debido a lo cual o consecuencia de)	2 días	
B. Perforación del duodeno (debido a lo cual o consecuencia de)	14 días	
C. Ulcera duodenal (debido a lo cual o consecuencia de)	11 meses	
D.		
Parte II: Hipertensión arterial	7 años	

OFICIALIA CIVIL

Número del Registro Civil: _____ Libro Número: _____ Acta Número: _____

Fecha de Registro Civil: __/__/__ (Día / Mes / Año)

Lugar de Registro: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Distrito Municipal: _____ Teléfono: _____

Observaciones:

SELLAR AQUÍ

MSP

Dirección Provincial de Salud, (DPS): _____ Teléfono: _____

Fecha de Recepción en la DPS: __/__/__ (Día / Mes / Año)

Revisado en la DPS por:

Observaciones:

SELLAR AQUÍ

Fecha de Recepción en la DIES: __/__/__ (Día / Mes / Año)

Revisado en la DIES por: _____ Nombre(s) y Apellidos

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOME UREÑA

Firma del Abogado — Fecha 5/10/20

REVISADO

INSTITUTO SUPERIOR
DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
ISFODOSU

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

RHH
276-2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Hacemos constar que la Sra. **GILDANIA GRULLÓN PEGUERO**, cédula de identidad y electoral No. **001-1128469-1**, laboró para esta institución adscrita al Ministerio de Educación desde el 13 de septiembre del año 2004 hasta el 23 de julio del año 2020 . Ocupo el cargo de **Secretaria** de esta rectoría.

La Sra. **Grullón Peguero**, devengaba un salario mensual de treinta y cuatro mil quinientos pesos con 00/100 **(RD$34,500.00)**, más otros beneficios de ley.

La Sra. Grullón tiene pendiente 18 días de su proporción de vacaciones 2020, ya que en el mes de enero 2020 tomo 10 días de sus vacaciones.

Esta constancia se expide a solicitud de la parte interesada, hoy 28 de julio del año 2020.

Atentamente,

ANDREA ARAGON ESCOBAR
Directora

AE/mr

Instituto Superior de Formación Docente Salome Ureña
"Año de la Consolidadación de la Seguridad Alimentaria"
ACCION DEL PERSONAL

Fecha:	29/07/2020
Recinto:	REC

Información Personal:

Nombre(s): GILDANIA **Cédula:** 001-1128469-1

Apellidos: GRULLON PEGUERO

Motivo:

- O Ingreso
- O Amonestación
- O Permiso
- O Licencia Retribuida
- O Renovación de Contrato / Cambios
- ● Desvinculación
- O Suspensión
- O Vacaciones
- O Licencia No Retribuida
- O Dependiente Adicional

Tipo:
Seleccionar
Administrativo Fijo

Defunción

ESTADO	
Área:	Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Salario:	RD$34,500.00
Cargo:	Secretaria

Fecha efectiva: 30-jul-20

Razones: Fallecimiento
Fallecida el 22/07/2020

Observaciones:

Se estará dando salida al 30/07/2020, debido a que la nómina había sido procesada

a) Solicitado	b) Revisado	c) Revisado
Maria Teresa Peralta	N/A	**Andrea Aragon**
Coordinadora Bienestar Estudiantil	N/A	**Director(a) de Recursos Humanos**
Fecha Emisión:	Fecha Recibido:	Fecha Recibido: 29.7.2020
	Fecha Entregado:	Fecha Entregado: 29.7.2020

d) Revisado
Julio Sánchez Mariñez
Rector
Fecha Recibido:
Fecha Entregado:

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
Fecha 5/10/20
REVISADO

CEDULA ANT.
612719-001
COLEGIO ELECTORAL
1577
UBICACION DEL COLEGIO
COLEGIO SAGRADO PARAISO
ISABELITA
CALLE 8 #16
DIRECCION DE RESIDENCIA
42 Casa 100
SECTOR
TROPICAL DEL ESTE, LAS AMERICAS
MUNICIPIO
SANTO DOMINGO ESTE

001-1128469-1
REGISTRO DE NACIMIENTO
900-01-2015-01-07031417
CODIGO POSTAL

201816

V08251322

JULIO CESAR CASTAÑOS GUZMAN
PRESIDENTE JCE

IDDOM001112846<913<<<<<<<<<<<<
7608173F2408172DOM<<<<<<<<<<<9
GRULLON<PEGUERO<<GILDANIA<<<<<

REPÚBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

001-1128469-1

LUGAR DE NACIMIENTO
SAN FRANCISCO DE MACORIS, R.D.
FECHA DE NACIMIENTO
17 AGOSTO 1976
NACIONALIDAD REPUBLICA DOMINICANA
SEXO F SANGRE ESTADO CIVIL SOLTERA
OCUPACION FOTOGRAFO(A)
FECHA DE EXPIRACION
17 AGOSTO 2024

GILDANIA
GRULLON PEGUERO

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
Fecha 5/10/20
REVISADO

REPÚBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

001-1128469-1

LUGAR DE NACIMIENTO
SAN FRANCISCO DE MACORIS, R.D.
FECHA DE NACIMIENTO
17 AGOSTO 1976
NACIONALIDAD REPUBLICA DOMINICANA
SEXO F SANGRE ESTADO CIVIL SOLTERA
OCUPACIÓN FOTOGRAFO(A)
FECHA DE EXPIRACIÓN
17 AGOSTO 2024

GILDANIA
GRULLON PEGUERO

CEDULA ANT
512719-001
COLEGIO ELECTORAL
1577
UBICACION DEL COLEGIO
COLEGIO SAGRADO PARAISO
ISABELITA
CALLE 8 #16
DIRECCION DE RESIDENCIA
42 Casa 190
SECTOR
TROPICAL DEL ESTE, LAS AMERICAS
MUNICIPIO
SANTO DOMINGO ESTE

001-1128469-1
REGISTRO DE NACIMIENTO
900-01-2016-01-07031417
CODIGO POSTAL

V08251322

JULIO CESAR CASTAÑOS GUZMAN
PRESIDENTE JCE

IDDOM001112846<913<<<<<<<<<<<<
7608173F2408172DOM<<<<<<<<<<<9
GRULLON<PEGUERO<<GILDANIA<<<<<

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
Fecha 5/10/22
REVISADO

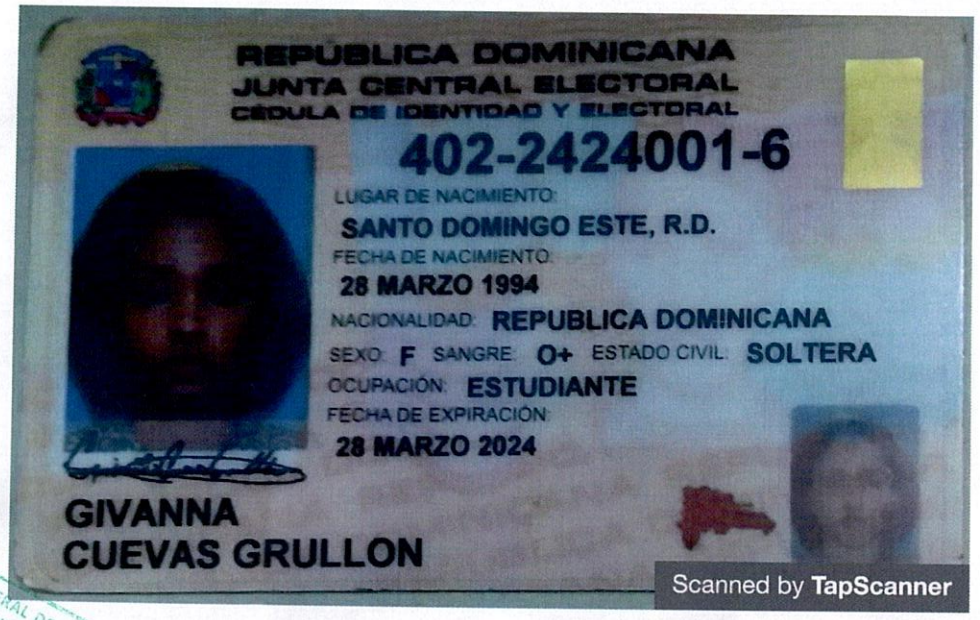
+1 (809) 316-1866
hoy a la(s) 12:08 p. m.

TUB@NCO

Cuenta de ahorro

9601110430

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
5/10/20
REVISADO



REPUBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

402-2424001-6

LUGAR DE NACIMIENTO:
SANTO DOMINGO ESTE, R.D.
FECHA DE NACIMIENTO:
28 MARZO 1994
NACIONALIDAD: REPUBLICA DOMINICANA
SEXO: F SANGRE: O+ ESTADO CIVIL: SOLTERA
OCUPACIÓN: ESTUDIANTE
FECHA DE EXPIRACIÓN:
28 MARZO 2024

GIVANNA
CUEVAS GRULLON

Scanned by TapScanner

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
5/12/22
Fecha
REVISADO

CEDULA ANT
000000-000
COLEGIO ELECTORAL
1886
UBICACION DEL COLEGIO
COLEGIO MARTIN LUTER KING
TROPICAL DEL ESTE, LAS AMERICAS
CALLE 34 ESQUINA CALLE 1

DIRECCION DE RESIDENCIA
42 Casa 100
SECTOR
TROPICAL DEL ESTE, LAS AMERICAS
MUNICIPIO
SANTO DOMINGO ESTE

402-2424001-6
REGISTRO DE NACIMIENTO
223-04-2010-01-00000023
CODIGO POSTAL

V02133885

DR. ROBERTO ROSARIO MÁRQUEZ
PRESIDENTE JCE

IDDOM402242400<161<<<<<<<<<<<<<
9403280F2403281DOM<<<<<<<<<<<<7
CUEVAS<GRULLON<<GIVANNA<<<<<<<

Scanned by TapScanner

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE
SALOME UREÑA
Firma del Abogado
Fecha
REVISADO

PODER ESPECIAL DE AUTORIZACION

ENTRE: De una parte, la señora **CELENNY MARIA CUEVAS GRULLON** dominicana, mayor de edad, soltera, portadora de la cedula de identidad No.402-2780394-3 con domicilio en la Calle 42, No.100, Sector Tropical del Este, Las Américas, Santo domingo Este, Capital de la República Dominicana quien en lo adelante se denominara **LA PODERDANTE**.-

Y de la otra parte, la señora **GIVANNA CUEVAS GRULLON**, dominicana, mayor de edad, soltera, portadora de la cedula de identidad No.402-2424001-6 con domicilio en la Calle 42, No.100, Sector Tropical del Este, Las Américas, Santo domingo Este, Capital de la República Dominicana, quien en lo adelante se denominara **EL APODERADA.-**

HAN CONVENIDO LO SIGUIENTE:

PRIMERO: Mediante el presente acto **LA PODERDANTE,** otorga **PODER DE AUTORIZACION**, tan amplio como en derecho fuere necesario a la señora **GIVANNA CUEVAS GRULLON (LA APODERADA),** para que proceda a retirar de la manera más conveniente por ante el Instituto Superior de Formación Docente Salome Ureña, Recinto Félix Evaristo Mejía, los valores de dinero concernientes a las prestaciones laborales y derechos adquiridos dejados por la hoy finada, la señora **GILDANIA GRULLON PEGUERO.**

SEGUNDO: realizar todos los trámites necesarios en razón de ser requerido con el fin de completar el propósito para el cual fue hecha la Autorización.

TERCERO: Que el presente poder de Autorización es enunciativo, no limitativo y tendrá el alcance necesario para el cumplimiento y consecuencia del fin con el cual fue otorgado, al igual que el mismo poder no tendrá vencimiento alguno sino después de culminado el fin con el cual fue otorgado.

CUARTO: Que la presente declaración corresponde a la verdad y que los datos que se ofrecen en este documento pueden ser verificados por cualquier institución pública o privada. -

HECHO DE BUENA FE, LEIDO, APROBADO Y FIRMADO en Dos (02) originales de un mismo tenor y efecto. En la Ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, a los Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año Dos Mil Veinte (2020).-

Celenny Cuevas

CELENNY MARIA CUEVAS GRULLON
La Poderdante.-

Givanna Cuevas Grullón

GIVANNA CUEVAS GRULLON
La apoderada

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE SALOMÉ UREÑA
Firma del Abogado
Fecha 5/10/20
REVISADO

Yo, **LICDA. MARINA ARGENTINA ADAMES LIRANZO,** Abogada Notario Público de los del Número del Distrito Nacional, Matricula No. 2680, **-CERTIFICO Y DOY FE**, que por ante mi comparecieron los señores **CELENNY MARIA CUEVAS GRULLON**, (Poderdante), y **GIVANNA CUEVAS GRULLON** (Apoderada) de generales que constan en el presente documento, quien me ha declarado bajo la fe de juramento que las firmas puestas en este documento en mi presencia son las mismas firmas que acostumbra a utilizar en los actos de su vida, pública y privada. En la Ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, a los Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año Dos Mil Veinte (2020).-

LICDA. MARINA ARGENTINA ADAMES LIRANZO,
Abogada Notario Público.-

LIC. MARINA ARGENTINA ADAMES
Abogado Notario Público
Matrícula #2680
Santo Domingo, D.N.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Centro de Atención Ciudadana
Sto. Dgo. Este
Secretaría General
Santo Domingo, RD
Procuraduría General de la República
Confirme la validez de este documento ingresando el código CIS en portal.servicios.pgr.gob.do
Código CIS: 033 – 0202 – 8987768 – 7
Firma autorizada: DALLYBELLE RODRIGUEZ

Determinación de heredero

LIC. SONIA ALT. VENTURA P. MATRICULA 4483 Santo Domingo, D.N.

Acto no._____folio_____

En la ciudad de santo domingo Distrito Nacional capital de la República Dominicana, a los DIESICIETE (17) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil VEINTE (2020), fui requerido en mi calidad, **LICDA.SONIA ALTAGRACIA VENTURA PICHRADO** de Abogado Notario Público de los del Número del Distrito Nacional, Matrícula **No.4483** del Colegio de Notarios de la República Dominicana, dominicano, mayor de edad, casada portador de la Cédula de Identidad Personal y Electoral No. No. **001-0795779-7**; con estudio profesional abierto en la calle 5TA no.01 ,**SECTOR DOMINICANOS AUSENTES** distrito nacional , Provincia Santo de Domingo, República Dominicana; **COMPARECIERON LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUN TIPO DE PRESION MENTAL FISICA NI PSICOLOGICA,** los señores: **1.- MICHAEL RAFAEL DE LA NUEZ SURIEL,** dominicano, mayor de edad, soltero, portador de la cédula de identidad y electoral No.402-004912-41,(**TESTIGO**) santo domingo Este c/Jacinto de los santos ,ed. F6,LOS Mameyes Santo Domingo Este, República Dominicana, **2.-BRUNO RAFAEL DE LA NUEZ GUZMAN,** dominicano, casado domiciliado y residente en los mameyes ,santo domingo Este cédula de identidad y electoral No. 001-1184858-6 **3.- EUGENIO VARGAS FELIZ,** dominicano, mayor de edad, soltero, portador de la cédula de identidad y electoral No. 002-0010764-3,(**TESTIGO**) domiciliada y residente en La Av. San Vicente de Paul,edf.10 santo domingo Este ,Provincia de Santo Domingo, República Dominicana **4.-TAIRE SÁNCHEZ JIMÉNEZ** , dominicana ,casada, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad y electoral No. 223-0163009-5, domiciliada y residente calle míster marlet no.23,villa duarte ,santo domingo ,Este **(TESTIGO) VECINO DEL DECUYUS** ; **5.-YERISOR CORDERO ARVELO** , dominicano, mayor de edad, casado, portadora de la cédula de identidad y electoral No. 402-2185826-5 **TESTIGO**) domiciliado y residente en la calle míster marlet no.19,villa duarte ,santo domingo ,ESTE , República Dominicana, ; **6.- KARLA NIVELKA SURIEL GRANT,** dominicana, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad y electoral No. 001-0550812-1,casada (**TESTIGO**) domiciliado y residente en la calle Jacinto de los santos edif.6 apart.401, santo domingo Este, República Dominicana, **VECINO DE DECUYUS** ; **7.-JOSIAS RAFAEL PEREZ FRANCO** , dominicano ,mayor de edad, soltero, portador de la cédula de identidad y electoral No. 402-1026837-7,(**TESTIGO**) domiciliado y residente en la calle Eduardo nueva Jerusalén no.02 , los mameyes , Santo Domingo Este, Provincia de Santo Domingo Republica Dominicana, de generales enunciadas más arriba, personas a quienes doy fe de conocer y quienes me han declarado, libre y voluntariamente, por separado y conjuntamente, **BAJO LA FE DEL JURAMENTO**, lo que a continuación se indica: **PRIMERO:** Que desde todas sus vidas, cada uno de ellos conocieron y trataron a la señora: **GILDANIA GRULLON PEGUERO,** dominicana, divorciada **EL 8/11/2016 ,DIVORCIO POR MUTUO ACUERDO REGISTRADO EN EL LIBRO NO.00007 FOLIO NO.0035, ACTA NO.000618 ,ANO 2016 EXPEDIDO POR LA 4TA SALA DE ASUNTOS DE FAMILIA EN EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO .** . mayor de edad, con cédula de identidad y electoral No. 001-1128469-1; el cual falleció **;POR ENFERMEDAD, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ,MURIO EN EL HOSPITAL O CLINICA INSTITUTO MARTERNO INFANTIL Y ESPECIALIDAD SANTIAGO R. D.** su residencia ubicada en Santo Domingo Este, Republica Dominicana, el día veinte dos (22) del mes de Julio del año Dos Mil VEINTE (2020) a la 5:45 p.m., tal y como consta en el Extracto de Acta de Defunción, Inscrita en el Libro No. 00007, Folio No. 0095, Acta No. 001195, del año 2020, expedida en la Oficialía del Estado Civil de la 3RA Circunscripción de Santiago de los caballeros , **SEGUNDO:** Que les consta que la hoy fallecida, señora: **GILDANIA GRULLON PEGUERO ,** procreo dos hijas legitimas las únicas continuadores jurídicamente y causahabiente ,corresponden a: **GIVANNA CUEVAS GRULLON femenino, se encuentra inscripta en el libro no.01082, de registro civil de nacimiento declaración oportuna ,folio no.0023,acta no.001523, año 1994 de la 4ta circunscripción del distrito NACIONAL ,no padece de ninguna enfermedad que pueda afectar su organismo Y CELENNY MARIA CUEVAS GRULLON ,femenino, libro no.00014, folio no.0200, acta no.002800, año 1997, 3ra circunscripción del distrito nacional ,no padece de ninguna enfermedad que pueda afectar su organismo, TERCERO :** la fallecida señora: **GILDANIA GRULLON PEGUERO** falleció sin dejar testamento de ningún tipo, pero hace constar que la casa que tenían los esposo al momento de divorciarse por mutuo acuerdo le dieron poder legal para que sus hijas sean quien la disfruten sus hijas **CUARTO:** Que formulan la presente declaración que establece la correspondiente Determinación de Heredero de dicho finado para hacerse valer por ante cualquier Jurisdicción Judicial, administrativa o arbitral, organismos, oficinas, dependencias oficiales y funcionarios del Estado, etc., así como por cualquier persona física o moral que fuese menester, en especial para satisfacer los requerimientos y fines que interesan **SEXTO:** Que cada uno de ellos comparece ante el **Notario** infrascrito, libre y voluntariamente, y que lo hacen con el único propósito de

REVISADO 5/10/20

Ayuntamiento del Distrito Nacional Dirección de Registro y Conservaduría de Hipotecas

DOCUMENTO REGISTRADO

establecer la determinación de herederos del finado de la señora: **GILDANIA GRULLON PEGUERO,** y para dejar establecido en consecuencia que las únicas personas con vocación para suceder y heredar a dicho finado y transigir con sus bienes son sus descendientes ya indicados. Terminadas las declaraciones de los comparecientes y testigos, *las he leído íntegramente a los mismos, quienes han firmado y rubricado al pie de* la última hoja y al margen de las demás, junto conmigo y ante mí. **SEXTO:** Estas declaraciones fueron dadas en presencia de la señora : **ROSBENY LEONOR SANTANA LARA ,ANGELQUIS MAILENA AQUINO GOMEZ** dominicanas mayores de edad, solteras, Empleado publica provistos de las cedulas de identidad y electoral No. 001-1730186-1 080-0005748-2 ,respectivamente domiciliado y residente, en la Santo Domingo Este, Provincia de Santo Domingo Republica Dominicana, testigo instrumental requerido al efecto, quienes firman junto a los comparecientes y conmigo Notario Público infrascrito; **HECHO Y PASADO EN *MI ESTUDIO*** el día, mes y año antes indicados, acto que he leído íntegramente a los testigos instrumentales requeridos al efecto, libres de las tachas y excepciones que establece la ley, personas a quienes también doy Fe conocer, quienes después de aprobarlo, lo han firmado en la última foja y rubricado al margen de las demás, junto conmigo y ante mí, Notario infrascrito que **CERTIFICO Y DOY FE.**

Nota al margen escrita en este acto: a) Los señores comparecientes declaran Bajo La Fe del Juramento que la señora: **GILDANIA GRULLON PEGUERO** titular de la cedula de identidad No. 001-1128469-1 falleció a causa de enfermedad, sus hijas son las causahabientes directas por ser sus hijas legitima **CELENNY MARÍA CUEVAS GRULLON** y **GIVANNA CUEVAS GRULLON** del decuyus para responder ante cualquier situación.

GIVANNA CUEVAS GRULLON
Heredera

CELENNY CUEVAS GRULLON
Heredera

MICHAEL RAFAEL DE LA NUEZ SURIEL
Testigo

BRUNO RAFAEL DE LA NUEZ GUZMAN
Testigo

EUGENIO VARGAS FELIZ
Testigo

TAIRE SANCHEZ JIMENEZ
Testigo

YERISOR CORDERO ARVELO
Testigo

KARLA NIVELKA SURIEL GRANT
Testigo

JOSIAS RAFAEL PEREZ FRANCO
Testigo

LICDA. SONIA ALTAGRACIA VENTURA PICHARDO
ABOGADO NOTARIO

LIC. SONIA ALTAGRACIA VENTURA PICHARDO
MATRICULA 4483
Santo Domingo, D.N.

Procuraduría General de la República
Centro de Atención al Ciudadano
Secretaría General
Distrito Nacional, RD.

Ayuntamiento del Distrito Nacional
Dirección del Registro Civil y Conservaduría de Hipotecas
ADN

Ayuntamiento Distrito Nacional
Dirección de Registro Civil y Conservaduría de Hipotecas
Registrado en Santo Domingo, D.N.
En Fecha: 16/09/2020
Letra: DG-AC
Registro No.: 2020-26014
Documento: REGISTRO CIVILES
Percibiendo por derecho y honorario:
RD$ 300.00
103

Código QIS: 001-0020-0695708-7
Para autenticar este documento ingresando el código QIS en portal.servicios.pgr.gob.do
Procuraduría General de la República Dominicana
Centro de Atención al Ciudadano