

**COMPROBANTE DE GASTOS**

<b>TIPO COMPROBANTE:</b> _____	<b>Etapas:</b> _____	<b>Variación</b>
<b>CLASE DOCUMENTO:</b> Original	<b>Comp. que modifica:</b> _____	
<b>CODIGO BENEFICIARIO:</b> 1	<b>RNC/CED/PAS:</b> .	
<b>BENEFICIARIO:</b> AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO		
<b>DIRECCION:</b> _____		<b>TELEFONO:</b> _____

**CUENTA BANCARIA: 03** Inversión

**Detalle**

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 12 00 0003	264101	50	2006	001	Automóviles y camiones **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	243,497.00

**Total RD\$** 243,497.00

CK No.	Monto	Fecha

*Magda Alt. Costa*  
**Contador**

*[Firma]*  
**Contralor Municipal**

*[Firma]*  
**Presidente Concejo Municipal**  
 (solo firma si no está en presupuesto)

*[Firma]*  
**Tesorero**

**Distrib.:** Original - Expediente, 1-Contabilidad, 2-Tesorería, 3-Contraloría, 4-Presupuesto





# Ayuntamiento Municipal Salcedo

C/ Francisca R. Mollins #37, Salcedo, Rep. Dom.  
Tel: 809-577-4663

Fecha: 20/08/2020

A : **Lic. Héctor José R. Hernández**  
Presidente Concejo de Regidores

Visto : **Licda. Ynes Alt. Rosario**  
Tesorera Municipal

Asunto : Coordinación de Crédito entre Programas

Anexo : Soporte

Conforme al art. 340 acápites B, la Ley 176-07, solicitamos la coordinación dentro de los siguientes programas.

Cuenta : **SERVICIO**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000004	228706	20/1955/100	270,000.00	
0012000006	211101	20/1955/100	60,000.00	
0014000001	241201	20/1955/100	200,000.00	
9800000000	241601	20/1955/100	400,000.00	
0001000004	228201	20/1955/100		20,000.00
0012000004	211101	20/1955/100		50,000.00
0012000005	211202	20/1955/100		850,000.00
0016000001	211101	20/1955/100		10,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal  
Municipal

*Ynes Alt. Rosario*

**Licda. Maria Mercedes Ortiz**  
Alcaldesa Municipal



Realizado por Contadora







# Ayuntamiento Municipal Salcedo

C/ Francisca R. Mollins #37, Salcedo, Rep. Dom.  
Tel: 809-577-4663

Fecha: 25/08/2020

A : **Héctor José Hernández**  
Presidente Concejo de Regidores

Visto : **Ynes Alt. Rosario**  
Tesorera Municipal

Asunto : Coordinación de Crédito entre Programas

Anexo : Soporte

Conforme al art. 340 acápites B, la Ley 176-07, solicitamos la coordinación dentro de los siguientes programas.

Cuenta : **EDUCACION, SALUD Y GENERO**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000002	211101	20/1955/100	150,000.00	
0014000002	215101	20/1955/100	70,000.00	
0014000004	241202	20/1955/100		220,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Ynes Alt. Rosario*

Magda Altagracia Acosta  
Contadora Municipal



Autorizado Alcaldesa Municipal



**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO**

C\Francisca R. Molling #37, Centro de la Ciudad  
Teléfono (809)577-4663 Fax (000)000-0000  
RNC: 407000039

Form. 815

COMPROBANTE No. 2003047  
FECHA 25/08/2020  
SECUENCIAL: 3089

**COMPROBANTE DE GASTOS**

TIPO COMPROBANTE: _____	Etapas: _____	Variación
CLASE DOCUMENTO: Original	Comp. que modifica: _____	
CODIGO BENEFICIARIO: 1	RNC/CED/PAS: .	
BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO		
DIRECCION: _____	TELEFONO: _____	

CUENTA BANCARIA: 04 Educación, Genero y Salud

**Detalle**

VARIACION/MODIFICACION

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 14 00 0002	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	(150,000.00)
00 14 00 0002	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(70,000.00)
00 14 00 0004	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	220,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha	Total RD\$

**Distrib.:** Original - Expediente, 1-Contabilidad, 2-Tesorería, 3-Contraloría, 4-Presupuesto

  
 Contador

  
 Contralor Municipal

  
 Presidente Concejo Municipal  
(solo firma si no está en presupuesto)

  
 Tesorero

  
 Alcalde



# Ayuntamiento Municipal Salcedo

C/ Francisca R. Mollins #37, Salcedo, Rep. Dom.  
Tel: 809-577-4663

Fecha: 27/08/2020

A : **María Mercedes Ortiz Dilone**  
Alcaldesa Municipal

Visto : **Ynes Alt. Rosario**  
Tesorera Municipal

Asunto : Coordinación de Crédito entre Programas

Anexo : Soporte

Conforme al art. 340 acápites A, la Ley 176-07, solicitamos la coordinación dentro de los siguientes programas.

Cuenta : **SERVICIO MUNICIPAL**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000004	233601	20/1955/100	\$15,000.00	
0001000004	239801	20/1955/100		15,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Ynes Alt. Rosario*

**Magda Alt. Acosta**  
Contadora Municipal



Autorizado Alcaldesa Municipal



**COMPROBANTE No.** 2003104  
**FECHA** 27/08/2020  
**SECUENCIAL:** 3147

**COMPROBANTE DE GASTOS**

<b>TIPO COMPROBANTE:</b> _____	<b>Etapas:</b> _____	<b>Variación</b>
<b>CLASE DOCUMENTO:</b> Original	<b>Comp. que modifica:</b> _____	
<b>CODIGO BENEFICIARIO:</b> 1	<b>RNC/CED/PAS:</b> .	
<b>BENEFICIARIO:</b> AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO		
<b>DIRECCION:</b> _____		<b>TELEFONO:</b> _____

**CUENTA BANCARIA: 02** **Servicios Municipales**

**Detalle**

VARIACION/MODIFICACION

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0004	233601	20	1955	100	Especies timbradas y valoradas	(15,000.00)
00 01 00 0004	239801	20	1955	100	Otros repuestos y accesorios menores	15,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

<b>CK No.</b>	<b>Monto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Total RD\$</b>

**Distrib.:** Original - Expediente, 1-Contabilidad, 2-Tesorería, 3-Contraloría, 4-Presupuesto

*Mirya Alt. Costa*  
 Contador

*[Firma]*  
 Presidente Concejo Municipal  
 (solo firma si no está en presupuesto)

*[Firma]*  
 Contralor Municipal

*[Firma]*  
 Tesorero

*[Firma]*  
 Alcalde






**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO**

C/ Francisca R. Mollig #37, Centro de la Ciudad

Teléfono (809)577-4663 Fax (800)000-0000

RNC: 407000039

COMPROBANTE No. 2000156

FECHA

3/09/2020

**COMPROBANTE DE INGRESOS**

NUMERO DE RECIBO: 2000156  
 ETAPA: Variación

CONTRIBUYENTE: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO RNC/CED/PAS: 407000039

DIRECCION: C/ Francisca R. Mollig #37, Centro de la Ciudad TELEFONO:

**Detalle****RESUMEN DE INGRESOS 3/09/2020****CUENTA A CARGARSE**

Clasificador del Ingreso	Denominación				Valor RD\$
		F.F	F.E	O.F	
311101	Disminución de disponibilidades internas	50	2006	001	243,497.00
	**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****				243,497.00

*Analetty Jesus*  
 Cajero (a)



*Yisela Rosario*  
 Tesorero

