

**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO**

C\Francisca R. Molling #37, Centro de la Ciudad

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

RNC: 407000039

**COMPROBANTE No. 2100060****FECHA 30/03/2021****COMPROBANTE DE INGRESOS**
**NUMERO DE RECIBO:** 2100060  
**ETAPA:** Variación
**CONTRIBUYENTE:** AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO **RNC/CED/PAS:** 407000039
**DIRECCION:** C\Francisca R. Molling #37, Centro de la Ciudad **TELEFONO:** \_\_\_\_\_
**Detalle**

Disminucion de disponibilidades internas

**CUENTA A CARGARSE**

Clasificador del Ingreso	Denominación				Valor RD\$
		F.F	F.E	O.F	
311101	Disminución de disponibilidades internas	20	1955	100	186,297.94
	**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****				<b>186,297.94</b>

*Anelty Jesus*  
 Cajero (a)



*Yisela Rosario*  
 Tesorero



**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: 01** **Gasto Personal**

**Detalle**

Disminucion de disponibilidades internas

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0004	212203	20	1955	100	Pago de horas extraordinarias **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	39,650.27

<b>Total RD\$</b>	39,650.27
-------------------	-----------

CK No.	Monto	Fecha

*Miguel A. Acosta*  
 \_\_\_\_\_  
**Contador**

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

*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Contralor Municipal**

*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Tesorero**

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



*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Alcalde**

**COMPROBANTE No.** 2101104  
**FECHA** 30/03/2021  
**SECUENCIAL:** 1112

**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**

Disminucion de disponibilidades internas

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0003	222101	20	1955	100	Publicidad y propaganda **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	28,721.26

**Total RD\$** 28,721.26

CK No.	Monto	Fecha

*Miguel A. Costa*  
 \_\_\_\_\_  
**Contador**

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

*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Contralor Municipal**

*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Alcalde**

*[Firma]*  
 \_\_\_\_\_  
**Tesorero**

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



**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**

Disminucion de disponibilidades internas

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 11 00 0001	237102	20	1955	100	Gasoil **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	95,553.34

<b>Total RD\$</b>	95,553.34
-------------------	-----------

CK No.	Monto	Fecha

*Miguel A. Costa*



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



**Contralor Municipal**

*Alt. Rosario*



**Tesorofo**

*[Signature]*

**Acalde**



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

**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: 04** Educación, Genero y Salud

**Detalle**

Disminucion de disponibilidades internas

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 14 00 0003	241201	20	1955	100	Ayudas y donaciones programadas a hogares y personas **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	22,373.07

**Total RD\$** 22,373.07

CK No.	Monto	Fecha

*Miguel A. Acosta*  
 Contador

*[Firma]*  
 Contralor Municipal

*[Firma]*  
 Tesorero

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

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

*[Firma]*  
 Alcalde

