

**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. 2300434

FECHA 31/01/2023

SECUENCIAL: 439

**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>           | _____ |                  |
| <b>CUENTA BANCARIA: 01</b>                          | <b>Gasto Personal</b>             |                            |       |                  |
| <b>Detalle</b>                                      |                                   |                            |       |                  |
| VARIACION/MODIFICACION DISPONIBILIDAD AL 31/12/2022 |                                   |                            |       |                  |

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                 | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 00 01 00 0003           | 228706                 | 30             | 9996            | 102            | Otros servicios técnicos profesionales<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 66,247.08  |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

**Total RD\$ 66,247.08**

*Liliana Nino*  
\_\_\_\_\_  
**Contador**

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

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

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

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



**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. 2301142

FECHA 20/03/2023

SECUENCIAL: 1160

**COMPROBANTE DE GASTOS**

TIPO COMPROBANTE: \_\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_ Variación: \_\_\_\_\_  
CLASE DOCUMENTO: Original Comp. que modifica: \_\_\_\_\_

CODIGO BENEFICIARIO: 1 RNC/CED/PAS: .

BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA: 02 Servicios Municipales

Detalle

APORTE SENADO PARA CARNAVAL

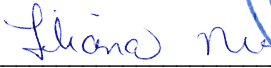
**CUENTA A CARGARSE**

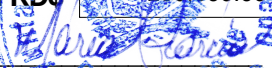
| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                            | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 00 01 00 0004           | 228601                 | 40             | 9992            | 103            | Eventos generales<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 100,000.00 |

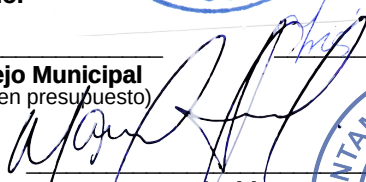
| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

Total RD\$ 100,000.00

Contador 

Contralor Municipal 

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

Tesorero 

Alcalde 





# 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. 2300495

FECHA 31/01/2023

SECUENCIAL: 500

## COMPROBANTE DE GASTOS

TIPO COMPROBANTE: \_\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_ Variación

CLASE DOCUMENTO: Original Comp. que modifica: \_\_\_\_\_

CODIGO BENEFICIARIO: 1 RNC/CED/PAS: .

BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA: 02 Servicios Municipales

Detalle

Por disminucion de disponibilidades internas del 2022

## CUENTA A CARGARSE

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                                   | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 96 00 00 0001           | 421101                 | 30             | 9996            | 102            | Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 79,429.71  |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

Total RD\$ 79,429.71

*Liliana N...*  
Contador

Contralor Municipal

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

Tesorero

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

Alcalde



**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. 2300372

FECHA 31/01/2023

SECUENCIAL: 377

**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>    | _____ |

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| <b>CUENTA BANCARIA: 02</b> | <b>Servicios Municipales</b> |
| <b>Detalle</b>             |                              |

VARIACION /MODIFICACION DISPONIBILIDAD AL 31/12/2022

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                                   | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 96 00 00 0001           | 421101                 | 20             | 1955            | 100            | Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 597,784.33 |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

*Liliana Nizig*  
Contador

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

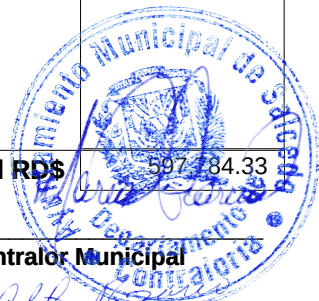
*[Firma]*  
Alcalde

**Total RD\$** 597,784.33

*[Firma]*  
Contralor Municipal

*[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: 3/03/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Servicios Municipales**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           | 1,632,000.00    |                  |
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           |                 | 1,632,000.00     |

Sin otro particular, le saluda,



**Revisado por Contralor Municipal**

*Liliana N. Nunez*  
**Liliana Antonia Nunez**  
Contadora Municipal



*[Firma]*  
**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. 2300938

FECHA 3/03/2023

SECUENCIAL: 947

**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>    | _____ |

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| <b>CUENTA BANCARIA: 02</b> | <b>Servicios Municipales</b> |
| <b>Detalle</b>             |                              |

APORTE BANRESERVAS CARNAVAL 2023.

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                            | Valor RD\$   |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 00 01 00 0004           | 228601                 | 40             | 9992            | 103            | Eventos generales<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 1,632,000.00 |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

**Total RD\$** 1,632,000.00

**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: 20/03/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Servicios Municipales**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           | 100,000.00      |                  |
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           |                 | 100,000.00       |

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Liliana Núñez*  
**Liliana Antonia Núñez**  
Contadora Municipal

*[Firma]*  
**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. 2301142

FECHA 20/03/2023

SECUENCIAL: 1160

**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: 02** **Servicios Municipales**

**Detalle**

APORTE SENADO PARA CARNAVAL

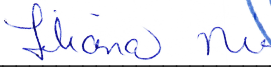
**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                            | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 00 01 00 0004           | 228601                 | 40             | 9992            | 103            | Eventos generales<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 100,000.00 |

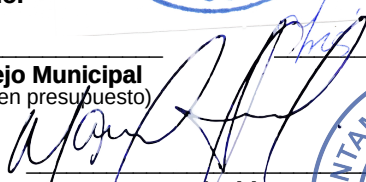
| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

**Total RD\$** 100,000.00

**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: 30/03/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Servicios Municipales**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           | 60,000.00       |                  |
| 0001000004          | 228601                 | 40/9992/103           |                 | 60,000.00        |

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Liliana N. Nunez*  
**Liliana Antonia Núñez**  
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. 2301412

FECHA 30/03/2023

SECUENCIAL: 1432

**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>    | _____ |

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| <b>CUENTA BANCARIA: 02</b> | <b>Servicios Municipales</b> |
| <b>Detalle</b>             |                              |

APORTE MINISTERIO DE CULTURA PARA RALLY JUVENIL.

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                            | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 00 01 00 0004           | 228601                 | 40             | 9992            | 103            | Eventos generales<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 60,000.00  |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

**Total RD\$** 60,000.00

**Contrador** *Liliana Nizig*

**Contralor Municipal** *[Firma]*

**Tesorero** *[Firma]*

**Alcalde** *[Firma]*

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

**AYUNTAMIENTO DE SALCEDO R.D.**  
DEPARTAMENTO CONTABILIDAD

**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO**  
Contraloría

**AYUNTAMIENTO DE SALCEDO**  
TESORERIA

**AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SALCEDO**  
SINDICATURA 2016-2028  
Salcedo, Rep Dom.



# Ayuntamiento Municipal Salcedo

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



Fecha: 03/03/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Inversión**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0011010056          | 272401                 | 40/9992/103           | 4,692,846.49    |                  |
| 0011010056          | 272401                 | 40/9992/103           |                 | 4,692,846.49     |

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Liliana Nuñez*  
**Liliana Antonia Nuñez**  
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. 2300939

FECHA 3/03/2023

SECUENCIAL: 948

**COMPROBANTE DE GASTOS**

TIPO COMPROBANTE: \_\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_ Variación

CLASE DOCUMENTO: Original Comp. que modifica: \_\_\_\_\_

CODIGO BENEFICIARIO: 1 RNC/CED/PAS: .

BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA: 03 Inversión

Detalle

APORTE LIGA MUNICIPAL ACERAS Y CONTENES TRAMO AVENIDA MANOLO TAVARES JUSTO.

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                   | Valor RD\$   |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 00 11 01 0056           | 272401                 | 40             | 9992            | 103            | Infraestructura terrestre y obras anexas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 4,692,846.49 |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

Total RD\$ 4,692,846.49

*Liliana Nizig*  
Contador

*[Firma]*  
Contralor Municipal

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: 09/03/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Inversión**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0011150052          | 272801                 | 40/9992/103           | 15,685,766.36   |                  |
| 0011150052          | 272801                 | 40/9992/103           |                 | 15,685,766.36    |

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

*Liliana Nunez*  
**Liliana Antonia Nunez**  
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. 2301008

FECHA 9/03/2023

SECUENCIAL: 1016

**COMPROBANTE DE GASTOS**

TIPO COMPROBANTE: \_\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_ Variación: \_\_\_\_\_  
CLASE DOCUMENTO: Original Comp. que modifica: \_\_\_\_\_

CODIGO BENEFICIARIO: 1 RNC/CED/PAS: .

BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA: 03 Inversión

Detalle

APORTE DE LIGA PARA CEMENTERIO CRISTO VIVO

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                               | Valor RD\$    |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 00 11 15 0052           | 272801                 | 40             | 9992            | 103            | Obras en cementerios<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 15,685,766.36 |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

*Liana Nizy*  
Contador

*[Firma]*  
Contralor Municipal

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

*[Firma]*  
Tesorero

*[Firma]*  
Alcalde

**AYUNTAMIENTO DE SALCEDO R.D.**  
DEPARTAMENTO CONTABILIDAD

**AYUNTAMIENTO Municipal de Salcedo**  
Contraloría

**AYUNTAMIENTO DE SALCEDO**  
TESORERIA

**AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SALCEDO**  
SINDICATURA 2016-2020  
Salcedo, Rep Dom.

Total RD\$ 15,685,766.36



# Ayuntamiento Municipal Salcedo

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



Fecha: 24/02/2023.

**A** : **María Mercedes Ortiz Diloné**  
Alcaldesa Municipal.

**Visto** : **Ynes Altagracia 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 **Inversión**

| Estructura Programa | Clasificador del Gasto | Fuente Financiamiento | Valor RD ORIGEN | Valor RD DESTINO |
|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|
| 0011050051          | 272701                 | 10/100/104            | 4,822,535.20    |                  |
| 0011050051          | 272701                 | 10/100/104            |                 | 4,822,535.20     |

Sin otro particular, le saluda,



**Revisado por Contralor Municipal**

*Liliana Antonia Nuñez*  
**Liliana Antonia Nuñez**  
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. 2300716

FECHA 24/02/2023

SECUENCIAL: 723

**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**

Fondos provenientes del Gobierno Central, para la continuacion de l Voulevar Manolo Tavaréz

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                             | Valor RD\$   |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 00 11 05 0051           | 272701                 | 10             | 0100            | 104            | Obras urbanísticas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 4,822,535.20 |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

*Elvira Niz*  
Contador

*[Firma]*  
Contralor Municipal

*[Firma]*  
Tesorero

*[Firma]*  
Alcalde

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

**Total RD\$** 4,822,535.20

**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. 2300433

FECHA 31/01/2023

SECUENCIAL: 438

**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>           | _____ |                  |
| <b>CUENTA BANCARIA: 03</b>                          | Inversión                         |                            |       |                  |
| <b>Detalle</b>                                      |                                   |                            |       |                  |
| VARIACION/MODIFICACION DISPONIBILIDAD AL 31/12/2022 |                                   |                            |       |                  |

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                                   | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 96 00 00 0001           | 421101                 | 30             | 9996            | 102            | Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 89,316.68  |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

Total RD\$ 89,316.68




**Contador**  
**Contralor Municipal**  
**Tesorero**

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




**Alcalde**

**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. 2300496

FECHA 31/01/2023

SECUENCIAL: 501

**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>    | _____ |

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| <b>CUENTA BANCARIA: 04</b> | <b>Educación, Genero y Salud</b> |
| <b>Detalle</b>             |                                  |

Por disminucion de disponibilidades internas del 2022

**CUENTA A CARGARSE**

| Estructura Programática | Clasificador del Gasto | Fuente Financ. | Fuente Especif. | Organ. Financ. | Denominación                                                                                               | Valor RD\$ |
|-------------------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 00 14 00 0004           | 241202                 | 30             | 9996            | 102            | Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas<br>**** Debajo de esta línea no hay nada escrito **** | 46,622.58  |

| CK No. | Monto | Fecha |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

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

*Liliana Nizig*  
**Contador**

*[Firma]*  
**Contralor Municipal**

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

*[Firma]*  
**Tesorero**

*[Firma]*  
**Alcalde**