



Ayuntamiento Municipal Salcedo

C/ Francisca R. Mollins #37, Salcedo, Rep. Dom.

Tel: 809-577-4663

Fecha: 22/11/2023.

A Héctor José Ramón Hernández de la Cruz
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : Ynes Altagracia 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 Inversión

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0011010051	272401	20/1955/100	200,000.00	
0011010054	272401	20/1955/100	250,000.00	
0011020052	272401	20/1955/100	200,000.00	
0011150051	272801	20/1955/100	300,000.00	
0012000005	239901	20/1955/100	10,000.00	
0012000005	265701	20/1955/100	5,000.00	
0011000001	227105	20/1955/100		600,000.00
0011000001	237102	20/1955/100		300,000.00
0011010053	272401	20/1955/100		50,000.00
0012000005	227206			15,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor Municipal



Autorizado Alcaldesa Municipal



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: 03 Inversión

Detalle

VARIACION/MODIFICACION

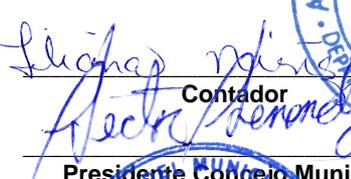
CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 11 00 0001	227105	20	1955	100	Obras en bienes de dominio público	600,000.00
00 11 00 0001	237102	20	1955	100	Gasoil	300,000.00
00 11 01 0051	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(200,000.00)
00 11 01 0053	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	50,000.00
00 11 01 0054	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(250,000.00)
00 11 02 0052	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(200,000.00)
00 11 15 0051	272801	20	1955	100	Obras en cementerios	(300,000.00)
00 12 00 0005	227206	20	1955	100	Mantenimiento y reparacion de equipos de transporte , tracción el	15,000.00
00 12 00 0005	239901	20	1955	100	Productos y Utiles Varios n.i.p	(10,000.00)
00 12 00 0005	265701	20	1955	100	Herramientas y máquinas-herramientas	(5,000.00)
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha




Contador

Contralor Municipal







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

Tesorero





Alcalde

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: 30/11/2023.

A **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : **Ynes Altagracia 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 **Inversión**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0011010052	272401	20/1955/100	50,000.00	
0011150051	272801	20/1955/100	25,000.00	
0011000001	236306	20/1955/100		25,000.00
0012000005	227206	20/1955/100		50,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor 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. 2305629
FECHA 30/11/2023
SECUENCIAL: 5675

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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 11 00 0001	236306	20	1955	100	Accesorios de metal	25,000.00
00 11 01 0052	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(50,000.00)
00 11 15 0051	272801	20	1955	100	Obras en cementerios	(25,000.00)
00 12 00 0005	227206	20	1955	100	Mantenimiento y reparacion de equipos de transporte , tracción el	50,000.00
**** 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: *[Signature]*
 Contralor Municipal: *[Signature]*
 Presidente Concejo Municipal (solo firma si no está en presupuesto): *[Signature]*
 Tesorero: *[Signature]*
 Alcalde: *[Signature]*






Ayuntamiento Municipal Salcedo

C/ Francisca R. Mollins #37, Salcedo, Rep. Dom.

Tel: 809-577-4663

Fecha: 21/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : **Ynes Altagracia 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 Gastos de personal

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000001	215101	20/1955/100	38,000.00	
0001000001	215301	20/1955/100	10,000.00	
0001000001	223101	20/1955/100	20,000.00	
0001000001	223201	20/1955/100	30,500.00	
0001000002	215101	20/1955/100	28,000.00	
0001000002	215201	20/1955/100	28,000.00	
0001000002	215301	20/1955/100	5,100.00	
0001000003	215101	20/1955/100	26,300.00	
0001000003	215201	20/1955/100	28,300.00	
0001000003	215301	20/1955/100	35,500.00	
0001000004	211501	20/1955/100	12,000.00	
0001000004	211601	20/1955/100	33,000.00	
0001000004	215101	20/1955/100	15,000.00	
0001000004	215301	20/1955/100	20,000.00	
0001000004	215301	20/1955/100	110,000.00	
0001000003	211101	20/1955/100		35,500.00
0001000004	228706	20/1955/100		94,600.00
0001000005	211101	20/1955/100		138,000.00
0011000001	211101	20/1955/100		61,100.00
0012000002	211206	20/1955/100		110,500.00



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. 2305189
FECHA 21/11/2023
SECUENCIAL: 5233

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: 01 **Gasto Personal**

Detalle

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0001	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(38,000.00)
00 01 00 0001	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(10,000.00)
00 01 00 0001	223101	20	1955	100	Viáticos dentro del país	(20,000.00)
00 01 00 0001	223201	20	1955	100	Viáticos fuera del país	(30,500.00)
00 01 00 0002	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(28,000.00)
00 01 00 0002	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(28,000.00)
00 01 00 0002	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(5,100.00)
00 01 00 0003	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	35,500.00
00 01 00 0003	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(26,300.00)
00 01 00 0003	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(28,300.00)
00 01 00 0003	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(35,500.00)
00 01 00 0004	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	(110,000.00)
00 01 00 0004	211501	20	1955	100	Prestaciones económicas	(12,000.00)
00 01 00 0004	211601	20	1955	100	Vacaciones	(33,000.00)
00 01 00 0004	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(15,000.00)
00 01 00 0004	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(20,000.00)
00 01 00 0004	228706	20	1955	100	Otros servicios técnicos profesionales	94,600.00
00 01 00 0005	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	138,000.00
00 11 00 0001	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	61,100.00

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha

Feliana Nolasco
Contador

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

[Firma]
Alcalde

[Firma]
Contralor Municipal

[Firma]
Tesorero

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

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. 2305189
FECHA 21/11/2023
SECUENCIAL: 5233

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: 01 **Gasto Personal**

Detalle

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 12 00 0002	211206	20	1955	100	Jornales **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	110,500.00

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

Liliana...
 Contador

Aletha...
 Contralor Municipal

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

[Firma]
 Tesorero

[Firma]
 Alcalde

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: 30/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : **Ynes Altagracia 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 **Gasto de Personal**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000003	211101	30/9996/02		425,500.00
0001000003	228706	30/9996/02		50,720.68
0001000004	211101	30/9996/02		114,700.00
0012000002	211206	30/9996/02		166,700.00

Sin otro particular, le saluda



Revisado por Contralor Municipal

Liliana Núñez
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. 2306111
FECHA 30/11/2023
SECUENCIAL: 6160

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: 01 Gasto Personal

Detalle

CUENTA A CARGARSE						
Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$

00 01 00 0003	211101	30	9996	102	Sueldos fijos	425,500.00
00 01 00 0003	228706	30	9996	102	Otros servicios técnicos profesionales	50,720.68
00 01 00 0004	211101	30	9996	102	Sueldos fijos	114,700.00
00 12 00 0002	211206	30	9996	102	Jornales	166,700.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						
Total RD\$						757,620.68

CK No.	Monto	Fecha




Contador _____ Contralor Municipal _____
 Presidente Concejo Municipal _____ Tesorero _____
 (solo firma si no está en presupuesto)





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: 15/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

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

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000004	228601	40/9992/103		500,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor 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. 2305146
 FECHA 15/11/2023
 SECUENCIAL: 5190

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 BANRESERVAS PARA PAGO ARTISTA ALA JAZA POR EL 143 ANIVERSARIO DEL MUNICIPIO.

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 **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	500,000.00

Total RD\$ 500,000.00

CK No.	Monto	Fecha




 _____ Contrador
 _____ Contralor Municipal
 _____ Tesorero
 _____ Presidente Concejo Municipal (solo firma si no está en presupuesto)
 _____ Alcalde




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: 20/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

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

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000003	221201	20/1955/100	7,000.00	
0001000004	233101	20/1955/100	15,000.00	
0001000004	233601	20/1955/100	25,000.00	
0011000001	225401	20/1955/100	225,000.00	
0011000001	235301	20/1955/100	80,000.00	
0011000001	237102	20/1955/100	400,000.00	
0012000003	211501	20/1955/100	50,000.00	
0012000003	215101	20/1955/100	40,000.00	
0012000003	225401	20/1955/100	30,000.00	
0012000003	237102	20/1955/100	640,000.00	
0012000009	215101	20/1955/100	110,000.00	
0012000009	215201	20/1955/100	117,944.00	
9600000001	421101	20/1955/100	100,000.00	
0001000003	222101	20/1955/100		7,000.00
0001000004	222201	20/1955/100		50,000.00
0001000004	228706	20/1955/100		30,000.00
0001000004	231101	20/1955/100		115,000.00
0011000001	237101	20/1955/100		300,000.00
0012000003	211206	20/1955/100		700,000.00
0012000003	239101	20/1955/100		100,000.00
0012000005	211201	20/1955/100		170,000.00
0012000009	211101	20/1955/100		117,944.00
0014000001	241201	20/1955/100		250,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor Municipal



[Handwritten Signature]
Autorizado Alcaldesa Municipal



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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0003	221201	20	1955	100	Servicios telefónico de larga distancia	(7,000.00)
00 01 00 0003	222101	20	1955	100	Publicidad y propaganda	7,000.00
00 01 00 0004	222201	20	1955	100	Impresión y encuadernación	50,000.00
00 01 00 0004	228706	20	1955	100	Otros servicios técnicos profesionales	30,000.00
00 01 00 0004	231101	20	1955	100	Alimentos y bebidas para personas	115,000.00
00 01 00 0004	233101	20	1955	100	Papel de escritorio	(15,000.00)
00 01 00 0004	233601	20	1955	100	Especies timbradas y valoradas	(25,000.00)
00 11 00 0001	225401	20	1955	100	Alquileres de equipos de transporte, tracción y elevación	(225,000.00)
00 11 00 0001	235301	20	1955	100	Llantas y neumáticos	(80,000.00)
00 11 00 0001	237101	20	1955	100	Gasolina	300,000.00
00 11 00 0001	237102	20	1955	100	Gasoil	(400,000.00)
00 12 00 0003	211206	20	1955	100	Jornales	700,000.00
00 12 00 0003	211501	20	1955	100	Prestaciones económicas	(50,000.00)
00 12 00 0003	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(40,000.00)
00 12 00 0003	225401	20	1955	100	Alquileres de equipos de transporte, tracción y elevación	(30,000.00)
00 12 00 0003	237102	20	1955	100	Gasoil	(640,000.00)
00 12 00 0003	239101	20	1955	100	Material para limpieza	100,000.00
00 12 00 0005	211201	20	1955	100	Sueldos al personal contratado e igualado	170,000.00
00 12 00 0009	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	117,944.00

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha

Liliana Mier
Contador

Aletha Benoney
Contralor Municipal

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

[Firma]
Tesorero

[Firma]
Alcalde

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

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. 2305151
FECHA 20/11/2023
SECUENCIAL: 5195

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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 12 00 0009	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(110,000.00)
00 12 00 0009	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(117,944.00)
00 14 00 0001	241201	20	1955	100	Ayudas y donaciones programadas a hogares y personas	250,000.00
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	(100,000.00)
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

[Firma]
Contador

[Firma]
Contralor Municipal

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

[Firma]
Acalde

[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: 23/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

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

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000004	228601	10/0100/100		2,232,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Nuñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor 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. 2305453
FECHA 23/11/2023
SECUENCIAL: 5497

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 MINISTERIO INTERIOR Y POLICIA

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0004	228601	10	0100	100	Eventos generales **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	2,232,000.00

Total RD\$ 2,232,000.00

CK No.	Monto	Fecha




 _____ Contrador _____ Contralor Municipal
 _____ Presidente Concejo Municipal (solo firma si no está en presupuesto) _____ Tesorero
 _____ Alcalde




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: 27/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

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

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
9800000000	241601	10/0100/100		1,20,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor 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. 2305509
FECHA 27/11/2023
SECUENCIAL: 5553

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

VARIACION/MODIFICACION APORTE INTERIOR Y POLICIA

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
98 00 00 0000	241601	10	0100	100	Transferencias corrientes a asociaciones sin fines de lucro **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	1,020,000.00

Total RD\$ 1,020,000.00

CK No.	Monto	Fecha

Liyana Miró
Contador

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

[Firma]
Contralor Municipal

[Firma]
Tesorero

[Firma]
Alcalde

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: 30/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

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

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000003	224101	20/1955/100	25,000.00	
0001000003	235301	20/1955/100	14,200.00	
0001000004	237104	20/1955/100	8,625.00	
0011000001	225401	20/1955/100	100,000.00	
0012000003	215201	20/1955/100	5,800.00	
0012000003	215301	20/1955/100	17,974.00	
0012000003	225401	20/1955/100	75,000.00	
0012000009	215301	20/1955/100	7,500.00	
0001000003	225801	20/1955/100		25,000.00
0001000003	211401	20/1955/100		150,599.00
0012000005	211401	20/1955/100		32,375.00
0012000009	211401	20/1955/100		10,125.00
0014000001	241201	20/1955/100		30,000.00
0016000001	211401	20/1955/100		6,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por, Contralora Municipal

Liliana Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contralora Municipal



Autorizado Alcaldesa Municipal



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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Classificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0003	224101	20	1955	100	Pasajes	(25,000.00)
00 01 00 0003	225801	20	1955	100	Otros alquileres	25,000.00
00 01 00 0003	235301	20	1955	100	Llantas y neumáticos	(14,200.00)
00 01 00 0004	237104	20	1955	100	Gas GLP	(8,625.00)
00 11 00 0001	225401	20	1955	100	Alquileres de equipos de transporte, tracción y elevación	(100,000.00)
00 12 00 0003	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	150,599.00
00 12 00 0003	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(5,800.00)
00 12 00 0003	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(17,974.00)
00 12 00 0003	225401	20	1955	100	Alquileres de equipos de transporte, tracción y elevación	(75,000.00)
00 12 00 0005	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	32,375.00
00 12 00 0009	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	10,125.00
00 12 00 0009	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(7,500.00)
00 14 00 0001	241201	20	1955	100	Ayudas y donaciones programadas a hogares y personas	30,000.00
00 16 00 0001	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	6,000.00
**** 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




[Signature]
Contador

[Signature]
Contralor Municipal

[Signature]
Tesorero

[Signature]
Alcalde





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

VARIACIONES/MODIFICACIONES

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 14 00 0002	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	9,000.00
00 14 00 0002	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	(9,000.00)
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	(25,000.00)
98 00 00 0000	241601	20	1955	100	Transferencias corrientes a asociaciones sin fines de lucro	25,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha




Contador 
Contralor Municipal 

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

Tesorero 

Alcalde 





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: 23/11/2022.

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

De : **Ynes Altagracia Rosario.**
Tesorera Municipal.

Asunto : Transferencia Bancaria.

Mediante la presente estoy solicitando su autorización a los fines de transferir conforme a los porcentajes de la ley 166-07, la suma de **seis millones cuatrocientos veinte y seis mil doscientos ochenta y nueve pesos** (6, 426,289.00), por concepto de ingresos ley correspondiente al mes de noviembre 2022 de la cuenta receptora No 0910012806.

A las cuentas

Obra e Inversión	RD \$ 40%	2,654,150.00
Servicios Municipales	31%	1,967,644.80
Gastos de Personal	25%	1,547,442.62
Educación Salud Genero	4%	257,051.58

Sin otro particular, queda de usted,

Ynes Alt. Rosario
Ynes Altagracia Rosario.
Tesorera municipal





Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 20/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : **Ynes Altagracia 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 **Educación, Salud y Genero**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000003	228706	30/9996/102	60,000.00	
0014000004	241202	30/9996/102		60,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

Revisado por Contralor Municipal

Autorizado Alcaldesa Municipal





Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 21/11/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : **Ynes Altagracia 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 **Educación, Salud y Genero**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000002	241401	20/1955/100	41,000.00	
0014000004	241202	20/1955/100		41,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor 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. 2305204
FECHA 21/11/2023
SECUENCIAL: 5248

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	241401	20	1955	100	Becas Nacionales	(41,000.00)
00 14 00 0004	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	41,000.00
**** 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 *[Firma]* **Contralor Municipal** *[Firma]*

Presidente Concejo Municipal *[Firma]* **Tesorero** *[Firma]*

(solo firma si no está en presupuesto)







Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 23/11/2023.

A : Héctor José Ramón Hernández de la Cruz
Presidente Concejo de Regidores.

Visto : Ynes Altagracia 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 Educación, Salud y Genero

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000002	241202	20/1955/100	9,000.00	
9600000001	421101	20/1955/100	25,000.00	
0014000002	211401	20/1955/100		9,000.00
9800000000	241601	20/1955/100		25,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



Revisado por Contralor Municipal

Autorizado Alcaldesa Muni



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: 04 Educación, Genero y Salud

Detalle

VARIACIONES/MODIFICACIONES

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 14 00 0002	211401	20	1955	100	Sueldo anual no.13	9,000.00
00 14 00 0002	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	(9,000.00)
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	(25,000.00)
98 00 00 0000	241601	20	1955	100	Transferencias corrientes a asociaciones sin fines de lucro	25,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

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

Total RD\$




_____ Contrador
 _____ Contralor Municipal
 _____ Tesorero
 _____ Presidente Consejo Municipal
 _____ Alcalde



