



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 17/10/2023.

A : **Héctor José Ramón Hernández de la Cruz**
Alcaldesa Municipal.

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
0001000001	215101	20/1955/100	15,000.00	
0001000001	215201	20/1955/100	53,000.00	
0001000001	215301	20/1955/100	50,000.00	
0001000001	223101	20/1955/100	31,200.00	
0001000001	223201	20/1955/100	19,500.00	
0001000003	215201	20/1955/100	50,000.00	
0001000004	211601	20/1955/100	25,000.00	
0001000004	215101	20/1955/100	75,000.00	
0001000004	215201	20/1955/100	85,000.00	
0001000004	215301	20/1955/100	20,000.00	
9600000001	421101	20/1955/100	69,500.00	
0001000004	228706	20/1955/100		145,000.00
0001000005	211101	20/1955/100		144,200.00
0011000001	211101	20/1955/100		50,000.00
0012000002	211206	20/1955/100		154,000.00

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: 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	(15,000.00)
00 01 00 0001	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(53,000.00)
00 01 00 0001	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(50,000.00)
00 01 00 0001	223101	20	1955	100	Viáticos dentro del país	(31,200.00)
00 01 00 0001	223201	20	1955	100	Viáticos fuera del país	(19,500.00)
00 01 00 0003	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(50,000.00)
00 01 00 0004	211601	20	1955	100	Vacaciones	(25,000.00)
00 01 00 0004	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(75,000.00)
00 01 00 0004	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(85,000.00)
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	145,000.00
00 01 00 0005	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	144,200.00
00 11 00 0001	211101	20	1955	100	Sueldos fijos	50,000.00
00 12 00 0002	211206	20	1955	100	Jornales	154,000.00
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	(69,500.00)




**** 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: 18/10/2023.

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	20/1955/100	20,000.00	
0012000003	211501	20/1955/100	200,000.00	
0012000003	215101	20/1955/100	10,000.00	
0012000003	215201	20/1955/100	170,000.00	
0012000003	215301	20/1955/100	60,000.00	
0012000003	237102	20/1955/100	407,500.00	
0001000003	222101	20/1955/100		100,000.00
0001000004	222201	20/1955/100		20,000.00
0001000004	231101	20/1955/100		70,000.00
0011000001	237101	20/1955/100		182,500.00
0012000003	211206	20/1955/100		300,000.00
0012000003	228501	20/1955/100		25,000.00
0012000005	226201	20/1955/100		10,000.00
0014000001	241201	20/1955/100		10,000.00
0012000005	211201	20/1955/100		150,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

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. 2304699
FECHA 18/10/2023
SECUENCIAL: 4737

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	Classificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 01 00 0003	222101	20	1955	100	Publicidad y propaganda	100,000.00
00 01 00 0004	222201	20	1955	100	Impresión y encuadernación	20,000.00
00 01 00 0004	228601	20	1955	100	Eventos generales	(20,000.00)
00 01 00 0004	231101	20	1955	100	Alimentos y bebidas para personas	70,000.00
00 11 00 0001	237101	20	1955	100	Gasolina	182,500.00
00 12 00 0003	211206	20	1955	100	Jornales	300,000.00
00 12 00 0003	211501	20	1955	100	Prestaciones económicas	(200,000.00)
00 12 00 0003	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(10,000.00)
00 12 00 0003	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(170,000.00)
00 12 00 0003	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(60,000.00)
00 12 00 0003	228501	20	1955	100	Fumigación	25,000.00
00 12 00 0003	237102	20	1955	100	Gasoil	(407,500.00)
00 12 00 0005	211201	20	1955	100	Sueldos al personal contratado e igualado	150,000.00
00 12 00 0005	226201	20	1955	100	Seguro de bienes muebles	10,000.00
00 14 00 0001	241201	20	1955	100	Ayudas y donaciones programadas a hogares y personas	10,000.00
**** 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

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: 24/10/2023.

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 **INVERSION**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000004	269502	20/1955/100	10,000.00	
0011000001	227103	20/1955/100	53,000.00	
0011000001	268501	20/1955/100	50,000.00	
0011010051	272401	20/1955/100	150,000.00	
0011010052	272401	20/1955/100	50,000.00	
0011150051	272801	20/1955/100	100,000.00	
0012000003	239801	20/1955/100	150,600.00	
0001000004	228201	20/1955/100		10,000.00
0011000001	237102	20/1955/100		275,000.00
0011000001	237206	20/1955/100		53,000.00
0011010053	272401	20/1955/100		50,000.00
0011020051	272401	20/1955/100		50,000.00
0012000005	227206	20/1955/100		75,000.00
0012000005	235301	20/1955/100		50,600.00

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 01 00 0004	228201	20	1955	100	Comisiones y gastos bancarios	10,000.00
00 01 00 0004	269502	20	1955	100	Antigüedades, bienes artísticos y otros objetos de arte	(10,000.00)
00 11 00 0001	227103	20	1955	100	Limpieza, desmalezamiento de tierras y terrenos	(53,000.00)
00 11 00 0001	237102	20	1955	100	Gasoil	275,000.00
00 11 00 0001	237206	20	1955	100	Pinturas, lacas, barnices, diluyentes y absorbentes para pinturas	53,000.00
00 11 00 0001	268501	20	1955	100	Estudios de preinversión	(50,000.00)
00 11 01 0051	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(150,000.00)
00 11 01 0052	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	(50,000.00)
00 11 01 0053	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	50,000.00
00 11 02 0051	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	50,000.00
00 11 15 0051	272801	20	1955	100	Obras en cementerios	(100,000.00)
00 12 00 0003	239801	20	1955	100	Otros repuestos y accesorios menores	(150,600.00)
00 12 00 0005	227206	20	1955	100	Mantenimiento y reparacion de equipos de transporte , tracción el	75,000.00
00 12 00 0005	235301	20	1955	100	Llantas y neumáticos	50,600.00
**** 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 (solo firma si no esta en presupuesto): *[Firma]*
 Tesorero: *[Firma]*
 Alcalde: *[Firma]*



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 06/10/2023.

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 DE SALCEDO

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

Form. 815

COMPROBANTE No. 2304616
 FECHA 6/10/2023
 SECUENCIAL: 4654

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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
00 14 00 0003	228706	30	9996	102	Otros servicios técnicos profesionales	(60,000.00)
00 14 00 0004	241202	30	9996	102	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	60,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$ _____


 _____ Contador

 _____ Contralor Municipal
 _____ Tesorero

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


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




Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Tel: 809-577-4663

Fecha: 17/10/2023.

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 **Educacion, Salud y Genero**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000002	215301	20/1955/100	5,000.00	
0014000002	241202	20/1955/100	25,000.00	
0014000003	241202	20/1955/100	50,000.00	
9600000001	421101	20/1955/100	50,000.00	
0014000004	241202	20/1955/100		130,0000.00

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. 2304680
FECHA 17/10/2023
SECUENCIAL: 4719

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	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(5,000.00)
00 14 00 0002	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	(25,000.00)
00 14 00 0003	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	(50,000.00)
00 14 00 0004	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	130,000.00
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	(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

Total RD\$

Liliana M...
Contador

Aracelis...
Contralor Municipal

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

[Firma]
Tesorero

[Firma]
Alcalde