



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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



Fecha: 27/03/2024.

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 Personal

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0100000001	223101	30/9998/102	123,472.00	
0100000002	212202	30/9998/102	70,800.00	
9600000001	421101	30/9998/102	53,000.00	

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal



Juliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

Autorizado Alcaldesa Municipal



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

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

Form. 815

COMPROBANTE No. 2401244
 FECHA 27/03/2024
 SECUENCIAL: 1256

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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
01 00 00 0001	223101	30	9998	102	Viáticos dentro del país	123,472.00
01 00 00 0002	212202	30	9998	102	Compensación por horas extraordinarias	70,800.00
96 00 00 0001	421101	30	9998	102	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	53,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha



Liliana...
 Contador
Aletha Benitez
 Presidente Concejo Municipal
 (solo firma si no está en presupuesto)



Voto RD\$ 247,272.00
 Contralor Municipal
[Signature]
 Tesorero

Distrib.: Original - Expediente, 1-Contabilidad, 2-Tesoreria, 3-Contraloria, 4-Presupuesto





Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 14/03/2024.

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
0100000003	223101	20/1955/100	40,000.00	
0100000003	223201	20/1955/100	50,000.00	
9600000001	421101	20/1955/100		90,000.00

Sin otro particular se manda



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. 2400882
FECHA 14/03/2024
SECUENCIAL: 888

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

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
01 00 00 0003	223101	20	1955	100	Viáticos dentro del país	(40,000.00)
01 00 00 0003	223201	20	1955	100	Viáticos fuera del país	(50,000.00)
96 00 00 0001	421101	20	1955	100	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	90,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha

Liliana M...
 Contador
Arlette Beron...
 Presidente Concejo Municipal
 (solo firma si no está en presupuesto)

Alt. Rosario
 Contralor Municipal
 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: 27/03/2024.

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
0100000002	228601	30/9998/102	602,000.00	

Sin otro particular, le saluda,



Liliana Antonia Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

[Signature]
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. 2400833
 FECHA 6/03/2024
 SECUENCIAL: 839

COMPROBANTE DE GASTOS

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

CUENTA BANCARIA: 02 Servicios Municipales

Detalle

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
01 00 00 0002	228601	30	9998	102	Eventos generales **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	602,000.00



CK No.	Monto	Fecha

Liana Miris
 Contador

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

Total RD\$ 602,000.00

[Signature]
 Contralor Municipal

[Signature]
 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: 27/03/2024.

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:

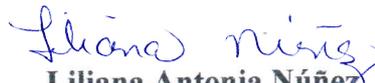
Cuenta Servicios Municipales

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0100000002	231101	30/9998/102	317,762.00	
9600000001	421101	30/9998/102	482.238.00	

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. 2401242
 FECHA 27/03/2024
 SECUENCIAL: 1254

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\$
01 00 00 0002	231101	30	9998	102	Alimentos y bebidas para personas	317,762.00
96 00 00 0001	421101	30	9998	102	Disminucion de cuentas por pagar de corto plazo internas	482,238.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$ 800,000.00



 Contador



 Contralor Municipal

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

 Tesorero

 Alcalde




Distrib.: Original - Expediente, 1-Contabilidad,
 2-Tesoreria, 3-Contraloria, 4-Presupuesto

Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 27/03/2024.

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
010000002	228601	30/9998/102	602,000.00	

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal



Liliana Antonia Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contadora 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. 2400833
 FECHA 6/03/2024
 SECUENCIAL: 839

COMPROBANTE DE GASTOS

TIPO COMPROBANTE: _____ Etapa: _____ Variación _____
 CLASE DOCUMENTO: Original Comp. que modifica: _____
 CODIGO BENEFICIARIO: 1 RNC/CED/PAS: _____
 BENEFICIARIO: AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO TELEFONO: _____
 DIRECCION: _____
 CUENTA BANCARIA: 02 Servicios Municipales

Detalle

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
01 00 00 0002	228601	30	9998	102	Eventos generales **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	602,000.00

CK No.	Monto	Fecha



[Signature]
 Contador
[Signature]
 Presidente Concejo Municipal
 (Solo firma si no está en presupuesto)



[Signature]
 Contralor Municipal

[Signature]
 Alcalde

 Salcedo, Rep Dom.



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

Total RD\$ 602,000.00

Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 27/03/2024.

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
1100080051	271101	30/998/102	111,728.00	

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal



Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

Autorizado Alcaldesa Municipal



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\$
11 00 08 0051	271101	30	9998	102	Obras para edificación residencial (viviendas) **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	111,728.00

CK No.	Monto	Fecha



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



Total RD\$ 111,728.00
 Contralor Municipal
[Firma]
 Tesorero



[Firma]
 Alcalde





Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 27/03/2024.

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
0100000002	261101	20/1955/100	40,000.00	
0100000002	228201	20/1955/100		40,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

Liliana Antonia Núñez
Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal



[Firma]
Autorizado Alcaldesa Municipal



COMPROBANTE No. 2401225
FECHA 27/03/2024
SECUENCIAL: 1237

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\$
01 00 00 0002	228201	20	1955	100	Comisiones y gastos bancarios	40,000.00
01 00 00 0002	261101	20	1955	100	Muebles de oficina y estantería	(40,000.00)
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

Total RD\$

CK No.	Monto	Fecha




Lizana
 Contador

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

Alt. Rosario
 Contralor Municipal


 Alcalde


 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: 27/03/2024.

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
1402010052	272801	30998102	2,000,000.00	

Sin otro particular, le saludamos,



Diliana Núñez
Diliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

[Signature]
Autorizado Alcalde Municipal



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

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

Form. 815

COMPROBANTE No. 2401246
 FECHA 27/03/2024
 SECUENCIAL: 1258

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\$
14 02 01 0052	272801	30	9998	102	Obras en cementerios **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	2,000,000.00
Total RD\$						2,000,000.00



CK No.	Monto	Fecha

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

[Signature]
 Contralor Municipal
[Signature]
 Tesorero

Distrib.: Original - Expediente, 1-Contabilidad,
 2-Tesoreria, 3-Contraloria, 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 27/03/2024.

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
1402010051	272801	20/1955/100	500,000.00	
1100010055	272401	20/1955/100		500,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Liliana Antonia Núñez
Contadora Municipal

Autorizado Alcaldesa Municipal



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE SALCEDO

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

Form. 815

COMPROBANTE No. 2401245
FECHA 27/03/2024
SECUENCIAL: 1257

COMPROBANTE DE GASTOS

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

CUENTA BANCARIA: 03 Inversión

Detalle

VARIACION/MODIFICACION

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
11 00 01 0055	272401	20	1955	100	Infraestructura terrestre y obras anexas	500,000.00
14 02 01 0051	272801	20	1955	100	Obras en cementerios	(500,000.00)
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						



CK No.	Monto	Fecha

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

[Signature]
 Contralor Municipal
[Signature]
 Tesorero
[Signature]
 Alcalde
 AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SALCEDO
 SINDICATURA 2014-2024
 Salcedo, Rep Dom.

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: 29/03/2024.

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
1100010057	272401	10/0100/104	2,661,723.17	

Sin otro particular, le saluda



Revisado por Contralor Municipal



Jiliana Antonia Núñez
Contadora 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

APORTE MINISTERIO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA

CUENTA A CARGARSE

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
11 00 01 0057	272401	10	0100	104	Infraestructura terrestre y obras anexas **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	2,661,723.17



CK No.	Monto	Fecha

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

[Signature]
 Alcalde

 Tesorero

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