

# Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Tel: 809-577-4663

Fecha: 31/01/2024.

**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
0100000002	213202	30/9996/102	95,221.63	

Sin otro particular, le saluda,



Liliana Antonia Núñez  
Contadora Municipal



Revisado por Contralor Municipal

Autorizado Alcalde 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. 2400783  
FECHA 31/01/2024  
SECUENCIAL: 789

**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\$
01 00 00 0002	212202	30	9996	102	Compensación por horas extraordinarias **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	95,221.63

Total RD\$ 95,221.63

CK No.	Monto	Fecha


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

\_\_\_\_\_  
 Contralor Municipal  
 \_\_\_\_\_  
 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: 31/01/2024.

**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
0100000001	22201	20/1955/100	112,389.79	

Sin otro particular, le saluda



Autorizado Alcaldesa Municipal



**COMPROBANTE No.** 2400784  
**FECHA** 31/01/2024  
**SECUENCIAL:** 790

**COMPROBANTE DE GASTOS**

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

**CUENTA BANCARIA: 02** Servicios Municipales

**Detalle**

--

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
01 00 00 0001	222101	20	1955	100	Publicidad y propaganda **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	112,389.79

**Total RD\$** 112,389.79

CK No.	Monto	Fecha

*Lizcano*  
 Contador

*Alectra 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: 31/01/2024.

**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
1200000002	227206	20/1955/100	51,379.88	

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. 2400785  
FECHA 31/01/2024  
SECUENCIAL: 791

**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		

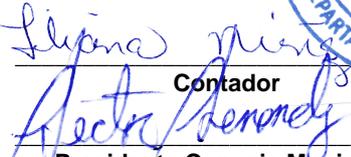
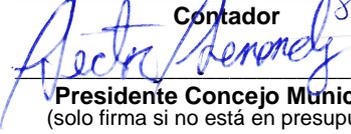
**CUENTA A CARGARSE**

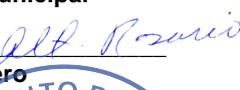
Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
12 00 00 0002	227206	20	1955	100	Mantenimiento y reparacion de equipos de transporte , tracción el **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	51,379.88

Total RD\$ 51,379.88

CK No.	Monto	Fecha




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

 Contralor Municipal  
 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: 15/08/2023.

**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 Gastos de Personal

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0010000004	211201	20/1955/100	70,000.00	
0010000004	211501	20/1955/100	50,000.00	
0010000004	215201	20/1955/100	50,000.00	
0010000004	212206	20/1955/100		100,000.00
0010000004	228706	20/1955/100		70,000.00

Sin otro particular, le saluda,



Revisado por Contralor Municipal

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



*[Signature]*  
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. 2400786  
FECHA 31/01/2024  
SECUENCIAL: 792

**COMPROBANTE DE GASTOS**

TIPO COMPROBANTE: _____	Etapa: _____
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	

**CUENTA A CARGARSE**

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	Fuente Financ.	Fuente Especif.	Organ. Financ.	Denominación	Valor RD\$
15 03 00 0001	241202	30	9996	102	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas **** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****	29,797.53

	<b>Total RD\$</b> 29,797.53
--	-----------------------------

CK No.	Monto	Fecha

*Liana Niz*  
 \_\_\_\_\_  
 Contador

*[Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 Contralor Municipal

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

*[Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 Tesorero



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