



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 06/06/2023.

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

Visto : **Ynes Altgracia 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	150,000.00	
0001000001	215201	20/1955/100	1 50,000.00	
0001000004	212206	20/1955/100		100,000.00
0001000004	228706	20/1955/100		200,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Núñez
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. 2302497
FECHA 6/06/2023
SECUENCIAL: 2526

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\$
00 01 00 0001	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(150,000.00)
00 01 00 0001	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(150,000.00)
00 01 00 0004	212206	20	1955	100	Compensación por resultados	100,000.00
00 01 00 0004	228706	20	1955	100	Otros servicios técnicos profesionales	200,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

Liana Nieto
Contador

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

Yes del
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: 09/06/2023.

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	40/19992/103		400,000.00

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. 2302528
FECHA 9/06/2023
SECUENCIAL: 2557

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 AL PATRONATO CONTRA EL CANCER PARA PAGO PRESENTACION ARTISTICA CENA SHOW .

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 ****	400,000.00

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$ 400,000.00

Liliana Niz
 Contador
Aletha Benard
 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: 19/06/2023.

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	215101	20/1955/100	50,000.00	
0014000002	215201	20/1955/100	40,000.00	
0014000002	215301	20/1955/100	10,000.00	
0014000004	241202	20/1955/100		100,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Núñez
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: 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	215101	20	1955	100	Contribuciones al seguro de salud	(50,000.00)
00 14 00 0002	215201	20	1955	100	Contribuciones al seguro de pensiones	(40,000.00)
00 14 00 0002	215301	20	1955	100	Contribuciones al seguro de riesgo laboral	(10,000.00)
00 14 00 0004	241202	20	1955	100	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	100,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Liliana Mirtez
Contador



Total RD\$



Contralor Municipal

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

[Signature]
Alcalde



Tesorero



Ayuntamiento Municipal Salcedo

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

Fecha: 21/06/2023.

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.

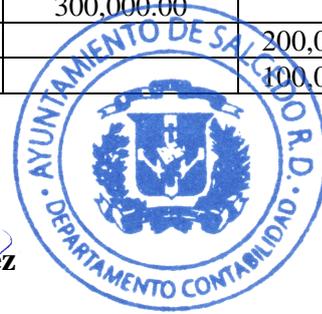
Conforme al art. 340 acápites B, la Ley 176-07, solicitamos la coordinación dentro de los siguientes programas:

Cuenta **Servicios Municipales**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0014000001	241201	20/1955/100	300,000.00	
0001000003	222101	20/1955/100		200,000.00
0012000005	226201	20/1955/100		100,000.00

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. 2302807
FECHA 21/06/2023
SECUENCIAL: 2836

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 01 00 0003	222101	20	1955	100	Publicidad y propaganda	200,000.00
00 12 00 0005	226201	20	1955	100	Seguro de bienes muebles	100,000.00
00 14 00 0001	241201	20	1955	100	Ayudas y donaciones programadas a hogares y personas	(300,000.00)
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

Liliana Nizte
Contador

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

Yes
Contralor Municipal

Yes
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: 27/06/2023.

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

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

Asunto : Coordinación de Crédito entre Programas.

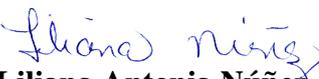
Anexo : Soporte.

Conforme al art. 340 acápites A, la Ley 176-07, solicitamos la coordinación dentro de los siguientes programas:

Cuenta **Gasto de Personal**

Estructura Programa	Clasificador del Gasto	Fuente Financiamiento	Valor RD ORIGEN	Valor RD DESTINO
0001000003	224101	20/1955/100	50,000.00	
0001000004	228601	20/1955/100	100,000.00	
0001000003	225801	20/1955/100		50,000.00
0001000004	231101	20/1955/100		100,000.00

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. 2302924
 FECHA 27/06/2023
 SECUENCIAL: 2954

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 01 00 0003	224101	20	1955	100	Pasajes	(50,000.00)
00 01 00 0003	225801	20	1955	100	Otros alquileres	50,000.00
00 01 00 0004	228601	20	1955	100	Eventos generales	(100,000.00)
00 01 00 0004	231101	20	1955	100	Alimentos y bebidas para personas	100,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

Liana Nis...
 Contador

[Signature]
 Contralor Municipal

[Signature]
 Tesorero

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

[Signature]
 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: 29/06/2023.

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
0011000001	227103	20/1955/100	50,000.00	
0011000001	239601	20/1955/100		50,000.00

Sin otro particular, le saluda,

Liliana Núñez
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. 2302967

FECHA 29/06/2023

SECUENCIAL: 2997

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	227103	20	1955	100	Limpieza, desmalezamiento de tierras y terrenos	(50,000.00)
00 11 00 0001	239601	20	1955	100	Productos eléctricos y afines	50,000.00
**** Debajo de esta línea no hay nada escrito ****						

CK No.	Monto	Fecha

Total RD\$

Ilhona Nino
 Contador

[Firma]
 Contralor Municipal

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