

FORMULARIO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No. 007228

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: ANA MIGUELINA SANTOS

RD\$

4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

007228 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 147 Fondo Comprobante No. 2018-000678 Fecha 07/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Código	Símbolo	Avogás y dones	Unidad Organizativa	Valor
PARA LA REGISTRO DE RESIDENCIA BIENETICA DE COLONIA SEPTIEMBRE SEÑORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS	1470.00	2018			4,000.00
<i>Ana miguelina Santos</i>					

PAGADO  
14 MAY 2018  
TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas;  
Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura  
Mocl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



**TIPO COMPROBANTE:** Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
**CLASE DOCUMENTO:** Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
**DIGO BENEFICIARIO:** 000001 RNC/CEDULA 032-0015650-7      Orden Compra \_\_\_\_\_  
**BENEFICIARIO:** ANA MIGUELINA SANTOS *Ana miguelina Santos*  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_      **TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**CTA. BANCARIA:** 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA VERTEBAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

**PAGADO**  
14 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento  
CK# 7228  
Comp. 0672

**Total General RD\$** 4.000.00

**Total Retenciones** \_\_\_\_\_

**Monto Neto a Pagar RD\$** 4.000.00

*Miguelina Santos*  
 Contador  
 Contralor  
 Tesorería  
**Presidente Consejo Municipal**  
 (Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0015650-7 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO ANA MIGUELINA SANTOS  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA VERTEBAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	4.000.00

CK# 7228  
COM# 0678

Mónica Estrella Díaz  
Contador

Ana Miguelina Santos  
Contralor Municipal

Total General RD\$ 4.000.00

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

[Signature]  
Tesorero

[Signature]  
Alcalde

Defunciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 07/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000678

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

ANA MIGUELINA SANTOS

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA  
MAGNETICA DE COLUMNA VERTEBAL, DICHA SENORA DE ESCASOS  
RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

Nombre

Cargo

Firma

Revisado por

Nombre

Cargo

Firma

Autorizado por

Nombre

Cargo

Firma

Maria Esther Diaz  
Contadora  
Maria Esther Diaz

Miguel Angel  
Contador  
Miguel Angel

ANTOLINO GERASEN  
ALCALDE MUNICIPAL  
[Firma]

mdiaz





09/04/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de una resonancia de columna vertebral, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme soy una persona de una edad avanzada, de muy escasos recursos, por favor si esta a su alcance extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Ana Miguelina  
Santos De Guillen  
032-0015650-7

Ana miguelina Santos  
809 580 6169

Autorizada la  
ayuda por el Sr. alcalde Anyolino  
Germosen de  
4,000.00 Quetzales  
mil pesos  
C/ Ana Martinez







*Dr. Alberto José Mena Morales*

CIRUGÍA GENERAL- COLOPROCTOLOGÍA  
LAPAROSCOPIA-FISIOLOGÍA ANORRECTAL



*Rx: Ana Miguellina Santos*

*Marzo 22, 2018*

### Resonancia de columna vertebral

*Dr. Alberto Morales*  
Coloproctología • Cirugía General  
Exeq. 421-11 • CMD 28246



*[Handwritten signature]*  
DR. ALBERTO MORALES

Centro Médico Preventivo Salud y Vida, CEMPSAVID  
Calle Real #138, Tamboril, Santiago. Suite. 207, Tel.: 809-580-3555- Ext.: 6207, 8206, 809-917-9366  
albertomorales2783@gmail.com



**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por este medio les informamos que la paciente, Ana Miguelina Santos, cédula de identidad número 032-0032882-5, se debe realizar una Resonancia de Columna Lumbar, a un precio de \$13,200.00 (Trece mil pesos con 00/100)

Dada a solicitud de la parte interesada el día 25 del mes de abril del año 2018.

Atentamente,

Lic. Dulce Colón  
Gerente Imágenes Diagnóstica  
Tel: 809-580-1171 ext. 7141





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007229**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: DENNY RAFAEL VALERIO **RD\$**

10.000,00

DIEZ MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

007229 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo 2018-000699 Comprobante No. 09/05/2018 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	10.000,00	14.000,00	Símbolo	2.02	Avudas y donaciones	Unidad Organizativa	Valor
PARA LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA DE OJOS A LA JOVEN GABRIELA DENIS VALERIO, DICHA FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS. NOTA EL CHEQUE SE HIZO A NOMBRE DE SU PADRE, DICHA JOVEN ES MENOR DE EDAD  <i>Mario este gracia 6</i>							10.000,00
<b>PAGADO</b> 18 MAY 2018 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril							TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200142515 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO DENNY RAFAEL VALERIO *chario alto gracia 6*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA DE OJOS A LA JOVEN GABRIELA DENIS VALERIO, DICHA FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.  
 NOTA EL CHEQUE SE HIZO A NOMBRE DE SU PADRE, DICHA JOVEN ES MENOR DE EDAD

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

**PAGADO**  
18 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

CK # 7229  
comp. 0699

*Maria Estrella Díaz Cruz*  
  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
  
 Depto. Contratación  
 Contratación Municipal  
 Gestión 2016-2020  
  
 Alcaldía  
 Alcaldía  
 Gestión 2016-2020

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contratación; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200142515 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO DENNY RAFAEL VALERIO *Clarie alto gracia 6*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA DE OJOS A LA JOVEN GABRIELA DENIS VALERIO, DICHA FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.  
 NOTA EL CHEQUE SE HIZO A NOMBRE DE SU PADRE, DICHA JOVEN ES MENOR DE EDAD

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9996	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10,000.00

*Clarie alto gracia - 6*

CK # 7229  
comp. 0699

*Maria Esther Díaz Cruz*  
Contador Contralor Municipal

Total General RD\$ 10,000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrasubpresupuestaria)  
*[Signature]*  
 Tesorero  
*[Signature]*  
 Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrasupresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto Indiaz

Monto Neto a Pagar RD\$ 10,000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 09/05/2018

N° Comprobante: 2018-000699

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

DENNY RAFAEL VALERIO

Por Valor de RD\$ 10,000.00

DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA DE OJOS A LA JOVEN GABRIELA DENIS VALERIO, DICHA FAMILIA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

NOTA EL CHEQUE SE HIZO A NOMBRE DE SU PADRE, DICHA JOVEN ES MENOR DE EDAD

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz Miguel Angel  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz Miguel Angel  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





09/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de una cirugía de ojos el cual me sale muy costosa es para mi hija Gabriela Valerio el cual tiene solo 16 años esta a punto de perder la visión, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme a poder salir de esta, soy de muy escasos recursos eso tiene un alto costo.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Denny R. Valerio  
Denny Rafael  
Valerio Capellán  
032-0014251-5

AutORIZADO la  
ayuda por el señor  
alcalde Anyolino Germosen  
de 10.000.00 es diez  
mil pesos para el  
Proceso quirúrgico  
C. Paro Martínez





UNIDAD DE SALUD VISUAL  
DRA. XIOMARA HERRERA  
EXEQUATUR: 410-02

809 580-6866  
Tato

CENTRO MEDICO SANTIAGO APOSTOL  
C/ JACINTO DUMIT ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO, R.D  
TELF. CONS. 809.581.6666 EXT. 243 / CEL 809.223.2772

Rx

IRONELIS,

FAVOR DE VALORAR PACIENTE CON KHOURY Y COLOCAR PARA CIRUGIA DE ANILLOS  
INTRAOCULARES.

GRACIAS,



Dra. \_\_\_\_\_

Paciente: 22420

GABRIELA DENYS VALERIO DOMINGUEZ

Fecha: 02/05/2018





## Especialidades Oftalmológicas

- \* Cirugía Láser y Microcirugía Ocular
- \* Segmento Anterior
- \* Oftalmología Pediátrica
- \* Oculoplastia
- \* Rejuvenecimiento facial láser
- \* Glaucoma
- \* Retina y Vitreo
- \* Neuro Oftalmología
- \* Contactología
- \* Cornea

\* Dr. Abraham Khouri \* Dra. Delis Rosendo \* Dra. Evelyn Valdez \* Dra. Luz Grullón \* Dra. Yovanka Morilla \* Dra. Jhoanna Aguilera  
\* Dra. Odette González \* Dra. Mhaleny Abreu \* Dra. Nidia Feliz \* Dra. Ana Beato \* Dra. Indiana Betemit

EXPEDIENTE

**103421**

FECHA: **8/5/18**

NOMBRE

**GABRIELA DENIS VALERIO DOMINGUEZ**

**Rx**

A QUIEN PUEDA INTERESAR

PACIENTE PRESENTA QUERATOCONO EN AMBOS OJOS POR LO QUE SE RECOMIENDA REALIZARLE CIRUGIA DE ANILLOS INTRAOCRNAEAS POR QUERATOCONO.

COSTO UD\$2,550.00 (DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA DOLARES)

MUCHAS GRACIAS.



*Dra. Herrera*  
**Herrera Xiomara Dra.**

**Favor Esperar 10 minutos entre un gotero y otro; no use ningun medicamento que no sea recetado por su oftalmólogo**

### Estudios que Realizamos:

- Biometría por Inmersión
- Biometría Lenstar LS 900
- Ecografía
- Microscopia Especular
- Campimetría Humprey
- Campimetría FDT Matrix
- Paquimetría
- Tomografía de Nervio Óptico
- OCT Nervio Óptico
- OCT de Células Ganglionares
- OCT de Mácula
- Fotografía de Polo Posterior
- Fotografía de Polo Anterior
- Angiografía Fluoresceínica Digital
- Pentacam
- Topografía Corneal
- Tearlab (Test Ojo Seco)
- Gonioscopia
- Curva Pio



Tel: (809) 241-1333 Fax: (809) 724-1333  
(809) 309-9550 @ClinicaOftalmolaser.Rd  
Oftalmolaser @Oftalmolaser\_Rd  
E-mail: info@oftalmolaser.com.do  
web: www.oftalmolaser.com.do  
Calle Sabana Larga, esq. Calle 3  
Reperto Oquet, Santiago, Rep. Dominicana.



## OCULUS - PENTACAM 4 mapas de color opcionales

tipo II

Apellido	VALERIO DOMINGUEZ				
Nombre	GABRIELA DENIS				
ID	103421				
Fecha Nacimiento	03/18/2002	Día		Fecha	
Fecha Examen	05/01/2018	Hora	18:16:23		
Info examen:					

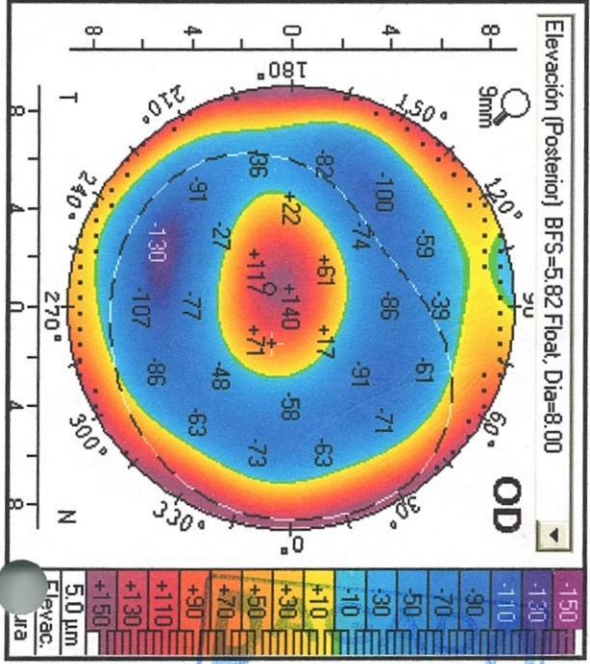
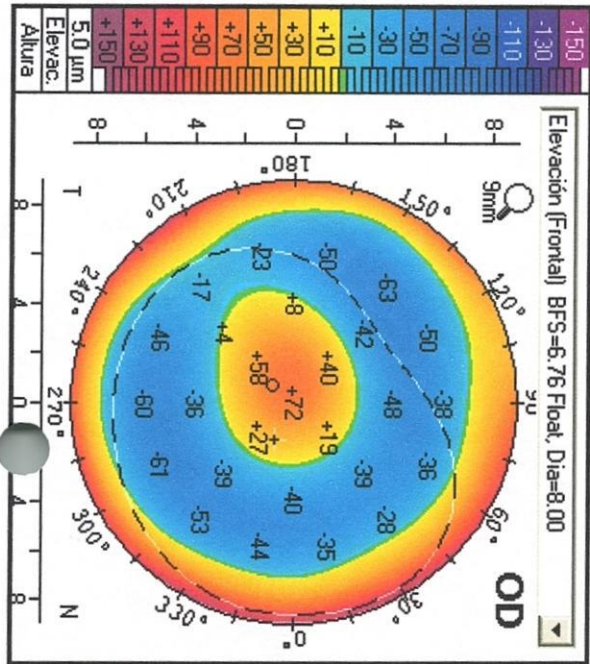
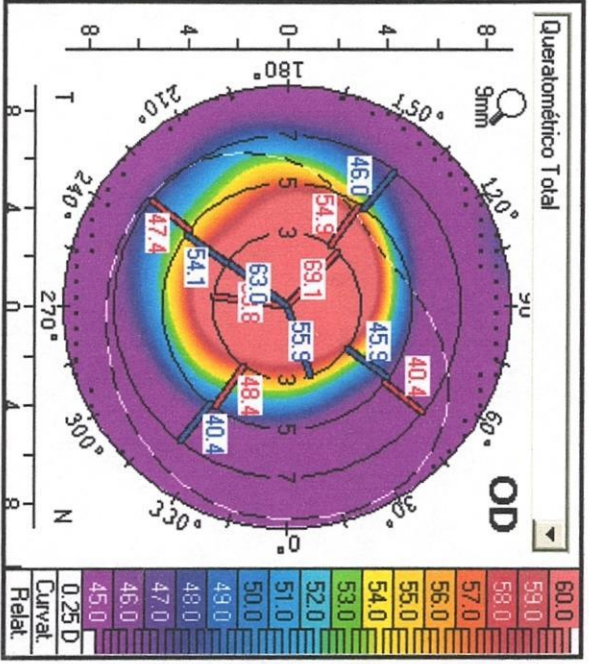
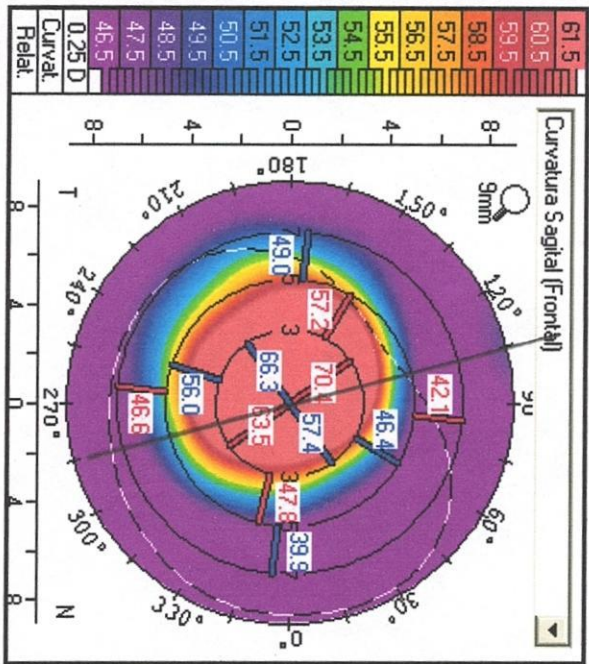
Cornea anterior

Q:	IDato	(plano)	16.5°	5.2D		
Q:	-2.38	(8mm)	Rper:	7.91mm	Rmirr:	4.16mm
Rf:	5.46mm	K1:	61.8D			
Rs:	5.04mm	K2:	67.0D			
Rm:	5.25mm	Km:	64.3D			
Rr:	5.25mm	Kr:	64.3D			

Cornea posterior

Rf:	4.26mm	K1:	-9.4D			
Rs:	4.03mm	K2:	-9.9D			
Rm:	4.15mm	Km:	-9.6D			
Rr:	4.15mm	Kr:	-9.6D			
Q:	OK	(plano)	1.5°	0.5D		
Q:	-2.02	(8mm)	Rper:	6.94mm	Rmirr:	2.57mm

Centro pupilar:	409µm	+0.76	-0.38
Paquí. ápex:	392µm	0.00	0.00
Posición más fina:	377µm	-0.36	-0.42
K Max. [Front]:	81.2D	-0.06	+0.24
Volumen cornea:	53.5mm³	Ø Cor.:	11.1mm
Volumen cámara:	255mm³	Ángulo:	46.6°
Prof. cámara ant. (l):	3.97mm	Diam. P4:	6.99mm
Dar IDP (µm):	+6.3	Esp. crist:	3.44mm



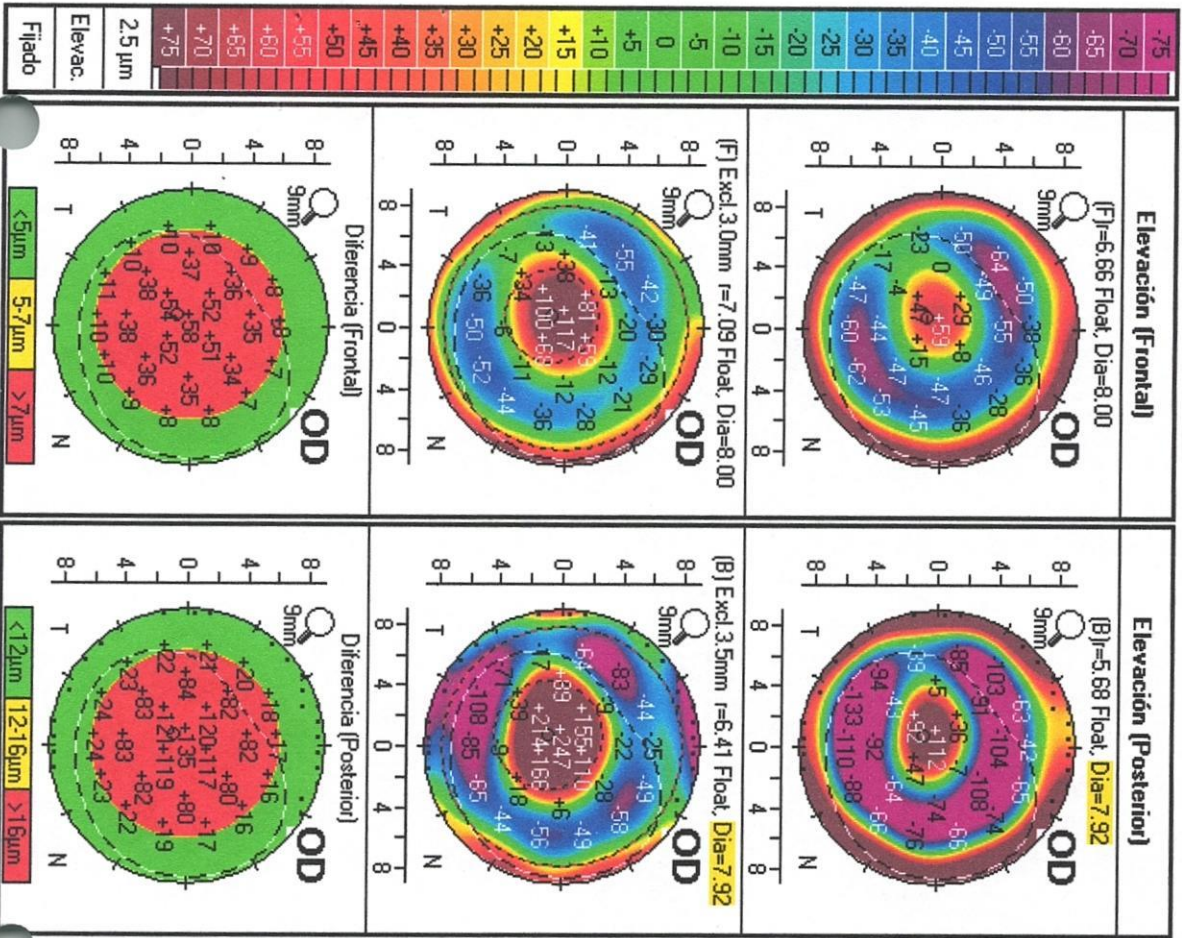
18 MAY 2018

Tesorería Ayuntamiento

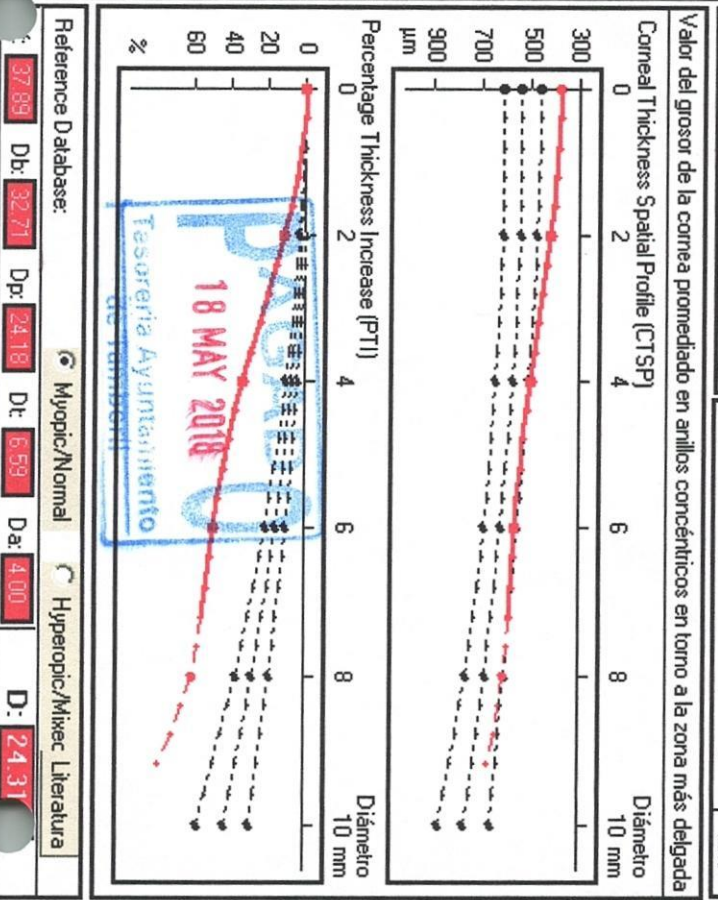
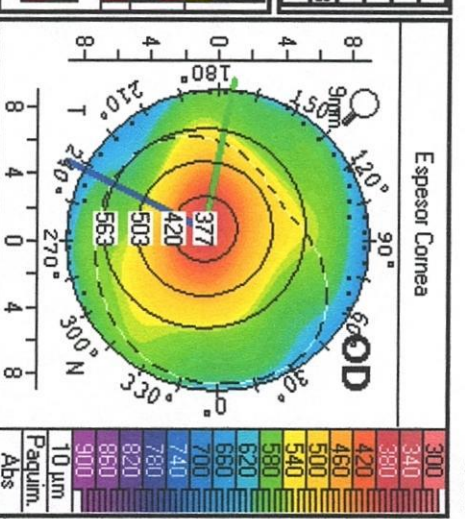


## OCULUS - PENTACAM Belin / Ambrósio Enhanced Ectasia

1.21/3



Apellido	VALERID DOMINGUEZ
Nombre	GABRIELA DENIS
ID	103421
Fecha Nacir	03/18/2000
Fecha Exám	05/01/2011
Info examen	Ojo: O Hora: 18:16:23
K1:	61.8D
K2:	62.0D
KMax:	81.2D
Posición de menor Paquim. O	Q: 16.5°
Dist. Apex-Min. Paquim. O	OS: 2.38
Ele.Front	123µm
Ele.Post	123µm
Indice de Progresión:	Ele Post: 123µm
Mfn:	Máx: 7.42
media:	ART max: 51





- Dr. Abraham Khouri
  - Dra. Luz Grullón
  - Dra. Jhoanna Aguilera
  - Dra. Evelyn Valdes
  - Dra. Delis Rosendo
  - Dra. Yovanka Morilla
  - Dra. Odette González
  - Dra. Patricia Franco
  - Dra. India Feliz
- La interpretación de Pentacam para el ojo derecho nos muestra una ayuda diagnóstica invaluable para el clínico. Sin embargo, como toda prueba diagnóstica, esta solo debe ser utilizada en conjunto con otros parámetros clínicos y exámenes de gabinete para formular una decisión diagnóstica terapéutica.
- Glaucoma
  - Retina y Vitreo
  - NeuroOftalmología
  - Contactología
  - Segmento Anterior
  - Oftalmología Pediátrica
  - Oculoplastia
  - Rejuvenecimiento facial láser

02/05 del 2018

DRA.HERRERA

PCTE:GABRIELA VALERIO

Indicación del estudio: Evaluación del Pentacam corneal

El Pentacam de la cornea para el **ojo derecho** nos muestra: **QUERATOMETRIAS** de 61.8DX 67.0D a 16.5, con un cilindro de 5.2 dioptria, **MAPAS DE ELEVACION:** Anterior y posterior fuera de parámetros normales. **ÍNDICES MAPA REFRACTIVO:** fuera de parámetros normales y **TKC** grado 3-4, **PAQUIMETRIA** en el ápex 392 micras, paquimetria en área de mayor adelgazamiento de 377 micras, situada a 0.55 mm del ápex, . **CURVA CTSP Y PTI** con un gradiente paquimetrico fuera de las líneas de referencias. **INDICES DE BERLIN/ AMBROSIO** fuera parámetros normales.

El Pentacam de la cornea para el **ojo izquierdo** nos muestra: **QUERATOMETRIAS** 62.2D x 67.8D a 157.1 g, con un cilindro de 5.6 dioptría, **MAPAS DE ELEVACION:** Anterior y posterior fuera de parámetros normales. **ÍNDICES MAPA REFRACTIVO:** fuera de parámetros normales, con **TKC 3-4 PAQUIMETRIA** en el ápex 403 micras, paquimetria en área de mayor adelgazamiento de 390 micras, situada a 0.58 mm del ápex,. **CURVA CTSP Y PTI** con un gradiente paquimetrico fuera de las líneas de referencias **INDICE DE BERLIN/AMBROSIO** fuera de parámetros normales.

**CONCLUSIONES:** OD y OS El estudio de Pentacam presenta fuera parámetros normales.

**SUGERENCIAS:** Antes estos resultados, sugerimos valorar realizar cirugía anillos intracorneales o crosslinking en ambos ojos .



## Estudios que Realizamos:

- Biometría por Inmersión
- Biometría Lenstar LS 900
- Ecografía
- Microscopia Especular
- Campimetría Humphrey
- Campimetría FDT Matrix
- Paquimetría
- Tomografía de Nervio Optico
- OCT Nervio Optico
- OCT de Celulas Ganglionares
- OCT de Macula
- Fotografía de Polo Posterior
- Fotografía de Polo Anterior
- Angiografía Fluoresceínica Digital
- Pentacam
- Topografía Corneal
- Tearlab (Test Ojo Seco)
- Gonioscopia
- Curva Pio
- Test Ibopamina

Tel.: 809-241-1333 • Fax: 809-724-1333

809-309-9550

E-mail: [info@oftalmolaser.com.do](mailto:info@oftalmolaser.com.do)

[oftalmolaser1](#) [oftalmolaser.ssv.rd](#)

Calle Sabana Larga esq. Calle 3,  
Reperto Qquef, Santiago, Rep. Dominicana



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007230**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: GUZMAN GONZALEZ S R L

**RD\$**

2.320 00

DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

#007230# 2141127271301202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo 2019-001700 Comprobante No. 11/05/2018 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
LA SEÑORA MARI MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE VARIOS ANALISIS DICHA SEÑORA RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO			2.320,00

**PAGADO**  
17 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 131308055 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO GUZMAN GONZALEZ S.R.L  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$2320.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE VARIOS ANALISIS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.320.00

CK# 7230  
comp. 0700



*[Signature]*  
Contador  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmarse es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero  
Alcalde

Total General RD\$	2.320.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.320.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 131308055 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO GUZMAN GONZALEZ S.R.L.  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108884 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$2320.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE VARIOS ANALISIS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.320.00

CKH 7230  
comp. 0700

Total General RD\$ 2.320.00

*Maria Esther Diaz Cruz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.320.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 11/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000700

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

GUZMAN GONZALEZ S.R.L

Por Valor de RD\$ 2,320.00

DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$2320.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE VARIOS ANALISIS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Miguel Angel Díaz  
Nombre

Anyo Lino GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Miguel Angel Díaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





09/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de unos análisis, una sonografía, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si esta a su alcance ya que soy una persona de una avanzada edad, no puedo trabajar, por favor si le es posible extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

  
María Mercedes.  
López.  
032-0032910-4





# Guzmán González S.R.L

LABORATORIO CLÍNICO  
Calle Tomas Hernández Franco # 08  
AL LADO DEL CEMENTERIO  
TEL. 809-580-6916  
Tamboril Stgo Republica Dominicana

## Cotización de Exámenes médicos

Fecha 04-05-2018

Por este medio Hacemos constar ala parte interesada la Cotización de los  
Sigüientes Pruebas de laboratorio a Nombre de la Paciente  
**María mercedes Pérez** Edad 50 años

- 1-Hemogramas
- 2- Glicemia
- 3- HDL-C
- 4- T3 Total
- 5- T4 Total
- 6-Creatinina
- 7- TSH
- 8- UREA
- 9-LDL-C

Con un costo de \$ 2575 pesos  
Descuento de un 10 %  
**Valor A Pagar \$ 2320**







# Ministerio Pediátrico Vida Minipevid

Guazumal, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Tel.: 849-296-7027 • Minipevid@gmail.com  
RNC: 430076572

R

Hemograma  
glucemia  
urea  
creatinina  
HDL  
LDL  
T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>  
TSH

①

Paciente: Hania Florencia Jara Edad 50A

Fecha 2 Mes 05 Año 2018

Doña Florencia Jara  
Firma



Mateo 19:14

pero Jesús dijo: Dejad a los niños venir a mi, no se lo impidais;  
porque de los tales es el reino de los cielos.





Laboratorio Clínico  
**Guzmán González**

C/ Tomás Hernández Franco # 08, Próximo al cementerio  
Municipal de Tamboril, Stgo, R.D.

TEL.: 809-580-6916  
RNC 131306055

**Recibo No. 815**

Fecha: 18 - 5 - del 18

Recibí de: María Mercedes Lopez

La suma de: \_\_\_\_\_

Por concepto de: Hemograma, glicé, urea, Creat, Colest, frigl,  
HDL, LDL, urea, creat, T3, T4, TSH

TOTAL RD\$ 2,320 ABONO RESTA \_\_\_\_\_

pagado con cheque  
Entregado por



**PAGADO**

y per  
Recibido por

IMP. Palace B. 809-486-4574







TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 03200030033      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO FRANCISCO CAPELLAN *Francisco Capellan*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS DICHO SENOR DE ESCASOS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

*Francisco Capellan*

*Maria Esther Diaz*  
Contador

*Carmelo Diaz*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

CK# 7232  
Comp. 0703

**PAGADO**  
17 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

Total General RD\$ 3.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>3.000.00</b>

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contratona; 4-Presupuesto  
 mdiaz



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 11/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas. Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 900001 RNC/CEDULA 03200030033 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO FRANCISCO CAPELLAN *Francisco Capellan*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108884 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS DICHO SENOR DE ESCASOS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

CK#7232  
COMP.0703

*Maria Esther Diaz*  
Contador

*Angela*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	3.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE.**

Fecha: 11/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000703

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FRANCISCO CAPELLAN

Por Valor de RD\$ 3,000.00

TRES MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS DICHO SENOR DE ESCASOS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Mauricio Esther Díaz  
Nombre

Miguel Angel Cid  
Nombre

ANDRÉS GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Controlador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Mauricio Esther Díaz  
Firma

Miguel Angel Cid  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





09/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la compra de los medicamentos, ya que estoy muy delicado de salud, no tengo trabajo, por tanto, no he podido empezar el tratamiento, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme en lo que usted pueda, ya que por mi edad no me emplean.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

  
Francisco Capellán  
032-0003003-3

AutORIZADO la  
ayuda por el señor  
alcalde Anyolino  
Germosen de 3.000.00  
tres mil pesos en  
ayuda  
Clara Martínez  
09/05/18







**Servicio Nacional de Salud**  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL**

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
 Teléfonos: 809-580-6382/6467



Hospital Municipal de Tamboril

I

Rx  
 Lantus Solostar 100 IU/ML  
 up: 25 un<sup>da</sup> en la noche  
 (no continúo)

Rosuvastatin 20 mg dls  
 up: 1 tab diario  
 (no continúo)

II

Wepot 4000 mg  
 up: 1 tab diario

III

Om 5 mg/30 caps.  
 up: 1 cap diario

IV

Cateprel 0.100 mg tabs  
 up: 1 tab diario  
 (no continúo)



Nombre: Juan Luis  
 Fecha: 4/15/18





FARMACIA DILCIA MERCEDES

Hermanos Santana Tavares Srl.

Tel. 8095805483

RNC 143007078

VENTAS AL CONTADO

No. 4615

NCF: A020010011400000902

CLIENTE:

DIRECCION:

TELEFONO:

04 Mayo 2018

VENDEDOR: 6

10:40:41 am

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
1.00	Catapresan 0.100mg Tabs	634.00	634.00
1.00	Fresnife Retard-30	546.00	546.00
1.00	Feroglobin - B12 - Caps	520.00	520.00
30.00	Rosuvastatina 20mg Alfa.	45.50	1365.00 -
30.00	Clopidogrel 75 Mg Mamey <i>B</i>	20.00	600.00
1.00	Lantus Solostar 100iv/ml <i>B</i>	1352.00	1352.00 -
30.00	Carvedilol 12.5 Mg Tab Ma	8.00	240.00
30.00	Omeprazol Mamey 40 Mg. <i>B</i>	25.00	750.00
30.00	Orn 5 Mg/30 Comp.	36.67	1100.10
1.00	Wepox 4000ui - Ampolla 0. <i>gans</i>	775.00	775.00 -
1.00	Nepro Vainilla Liq 8oz	155.95	155.95

.....ULTIMA LINEA.....

SUB TOTAL: 8238.05

ITBIS \$ : 23.7

MONTO TOTAL: 8.238.05

**PAGADO**  
 17 MAY 2018  
 Tesorería Ayuntamiento  
 de Tambora

ELABORADO POR

RECEBIDO CONFIRME



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **007233**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: DANNY DANIEL TORIAS **RD\$** 3.000.00

TRES MIL CON 00/100



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*  
 FIRMA(S)

#007233# 21411272713101202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo   Comprobante No. 2018-000712 Fecha 17/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
PARA EL HONORARIO MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS,  <i>032-0039956-0</i> <i>Danni</i>			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200399560 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO DANNY DANIEL TOBIAS *Danny*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$3000.00 PARA EL HONORARIO MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

**PAGADO**  
22 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK# 7233  
comp. 0712

Total General RD\$ 3.000.00

*Maria Esther Díaz*  
Contador Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200399560 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO DANNY DANIEL TOBIAS *Danny*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$3000.00 PARA EL HONORARIO MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

*CHK# 7233  
comp. 0712*

*Mania Esthevia Cruz* Contador *Das* Contralor Municipal  
 Total General RD\$ 3.000.00

Presidente Concejo Municipal \_\_\_\_\_ Tesorero \_\_\_\_\_  
 (Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)  
 Alcalde \_\_\_\_\_

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 17/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000712

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

DANNY DANIEL TOBIAS

Por Valor de RD\$ 3,000.00

TRES MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$3000.00 PARA EL HONORARIO MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS,

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Miguel Angel Díaz  
Nombre

ANTOLINDO GERMOSER  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Miguel Angel Díaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





16/05/2018


Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para el pago de los honorarios médicos, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme con esto ya que soy de muy escasos recursos económicos, por favor señor si le es posible extiéndame sus manos, ya que lo que me gano no es suficiente, ayúdeme en lo que este a su alcance.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

  
Danny Daniel  
Tobías Taveras  
032-0039956-0

-Danni

Autorizado la ayuda  
por el señor alcalde  
Anyolina Germosen de  
3.000.00 para ayuda de  
los gastos médicos

Clara Martínez  
16/05/18







**Centro Médico Dr. Paulino  
Reyes Rodríguez, S.R.L.**

Calle Isidro Alba No. 3, Licey Al Medio, Santiago, R.D.  
Tel.: 809-580-8860 • 809-580-8010

**RECIBO DE INGRESO**

**36000**

Fecha 25-04-2018

Recibí de: Luis Daniel Jobias

La Suma de: Quince Mil Pesos

Por Concepto de: \_\_\_\_\_

Deposito

Efectivo

Cheque

Banco

Abonó RD\$ \_\_\_\_\_

Resta: \_\_\_\_\_

Balance RD\$ \_\_\_\_\_

**PAGADO**  
22 MAY 2018  
Tesorería del Intermunicipio

**CENTRO MEDICO**  
Licey Al Medio  
Santiago, Rep. Dom.  
Dr. Paulino Reyes Rodríguez, S.R.L.

RD\$ 15,000.00

Verdad

Recibido por



Formulario No. 332 Pre1.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007234**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: GRICELINE MERCEDES MARTINEZ

**RD\$**

4 000 00

CUATRO MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA(S)

007234 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000713 Fecha 17/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
GRICELINE MERCEDES MARTINEZ AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN CURSO DE CRANEQ, ANCIOTOMOGRAFIA DE CRANEQ PARA LA REALIZAR AL ROLANDO ANTONIO PENA, DICHO SEÑOR EMPLEADO DE ESTA INSTITUCION, DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO DICIENDO CHEQUE SE REALIZO A NOMBRE DE SU HIJA, DICHO ENDE ESTA INTERNO			4.000,00
<i>Griceline Martinez</i> <b>PAGADO</b> <b>22 MAY 2018</b> Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-2127870-8      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO GRICELINE MERCEDES MARTINEZ *Griceline Martinez*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION TOMOGRAFIA DE CRANEO, ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANEO PARA LA REALIZAR AL ROLANDO ANTONIO PENA, DICHO SENOR EMPLEADO DE ESTA INSTITUCION, DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

NOTA EL CHEQUE SE REALIZO A NOMBRE DE SU HIJA, DICHO SENOR ESTA INTERNO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

**PAGADO**  
**22 MAY 2018**  
Tesorería Ayuntamiento

CK # 7234  
comp. 0713

*Maria Esther Díaz Cruz*  
Contador

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero  
Alcalde

Total General RD\$ 4.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
mdiaz



Form. Nº \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE N° 2018-000713  
FECHA 17/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-2127670-8 Orden Compra \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO GRICELINE MERCEDES MARTINEZ *Griceline Martinez*  
DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION TOMOGRAFIA DE CRANEO, ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANEO PARA LA REALIZAR AL ROLANDO ANTONIO PENA, DICHO SENOR EMPLEADO DE ESTA INSTITUCION, DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.  
NOTA EL CHEQUE SE REALIZO A NOMBRE DE SU HIJA, DICHO SENOR ESTA INTERNO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

CK # 7234  
comp. 0713

*Maria Esther Díaz Cruz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 17/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000713

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

GRICELINE MERCEDES MARTINEZ

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00 PARA LA REALIZACION TOMOGRAFIA DE CRANEO, ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANEO PARA LA REALIZAR AL ROLANDO ANTONIO PENA, DICHO SENOR EMPLEADO DE ESTA INSTITUCION, DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

NOTA EL CHEQUE SE REALIZO A NOMBRE DE SU HIJA, DICHO SENOR ESTA INTERNO.

Elaborado por

Maria Esther Diaz  
Nombre  
Contadora  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel Cid  
Nombre  
Contador  
Cargo

Miguel Angel Cid  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERROSEN  
Nombre  
ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Antolino Gerrosen  
Firma

mdiaz





17/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de dos estudios médicos el cual tiene un alto costo, por favor señor Anyolino Germosen ayúdeme si esta a su alcance ya que mi padre, Rolando Antonio Peña, se encuentra interno en el hospital regional José María Cabral Y Báez, por favor ayúdeme en lo que más puedas ya hemos tenidos muchos gastos y no encontramos que hacer.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Griceline Mercedes  
Martínez Peña  
402-2127670-8

*Griceline Martínez*



*AutORIZADA la ayuda por el señor alcalde Anyolino Germosen de 4,000.00 Cuatro mil pesos*

*Clara Martínez  
17/05/18*



Darcey = Cándido Germosen.  
D parte:

Por este medio le pido una  
Ayuda al Señor Cándido  
Germosen Cuestion de que estoy  
enfermo del Corazón tengo  
un soplo en el y necesito la  
Ayuda para realizarme unos  
Estudio para saber que puede  
Ser tan grave mi caso.

Que pase feliz resto del día.

Cdt: Rolando Cnt. Peña

Trabajo en el área de limpieza  
en transportación.

Ayúdame por favor.

17/05/18



Clauzada la  
Ayuda por el Sr. Germosen  
Alcalde de Tamboril  
de 4,000 pesos  
Cuatro mil pesos  
Clauzadas



A: Ayuntamiento De Tamboril

De: Radiología Corporativa (EdificioDiagnosis).  
RNC: 102309574  
Tel: (809) 581-7772  
Fax: (809) 971-7772  
Santiago, Rep.Dom

Distinguido Señor :

Por medio de la presente certificamos el costo para pacientes privados de los estudios descritos a continuación, la cual se expide por solicitud de Rolando Antonio Pena

<b>Estudio</b>	<b>Costo</b>
Angiotomografía De Craneo	\$ 15,550.00
Tomografía De Craneo	\$ <u>3,500.00</u>
<b>Total</b>	<b><u>\$ 19,050.00</u></b>

**Notas:**

- Radiología Corporativa ofrece sus servicios en el Edificio de Diagnosis.
- Esta cotización es para pacientes privados. En caso de ser un paciente asegurado debe confirmar la cobertura con su ARS.
  - o Algunos estudios especiales no son cubiertos por el PDSS u otros planes.
  - o Algunas ARS no cubren el costo total del o los estudios.
- Si el pago se realizará con cheque, debe realizarlo a nombre de Radiología Corporativa, RNC 102309574.

Esperando su respuesta, queda de usted, muy atentamente,

*Lic. Elizabeth Ovalle*  
Lic. Elizabeth Ovalle  
Administrador





Pete Del HRUMCB Dr. Jued.



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ  
AYUDA DIAGNOSTICA (IMAGENES Y LABORATORIO) APARATOS Y PROTESIS

Validez 10 días

Datos de paciente

Nombres: Rolando Antonio

Apellidos: Pena

Edad: 42 A Sexo: M  F  NSS: \_\_\_\_\_ No. Afiliado: \_\_\_\_\_

FECHA DE PRESCRIPCION  
Día 10 / Mes 5 / Año 18

ARS/ARL: \_\_\_\_\_ Expediente No.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Hemorraja subaracnoida p/B citrea cruentística. COD. CIE 10: \_\_\_\_\_

Indicaciones

Angiotomografía de Cráneo  
**PAGADO**  
**22 MAY 2018**  
Caja de Seguro Social  
Caja Costarricense de Seguro Social

Observaciones: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: Dr. Jones Firma del médico: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DE LA HOJA →



3,500 Simple  
5,000 con contraste



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ**  
**AYUDA DIAGNOSTICA (IMAGENES Y LABORATORIO) APARATOS Y PROTESIS**

Validez 10 días

Datos de paciente

Nombres: Rolando Antonio

Apellidos: Peña

Edad:

Sexo: M

F

NSS:

No. Afiliado:

FECHA DE PRESCRIPCION

Día 12 / Mes 5 / Año 18

ARS/ARL:

Expediente No.: 119-55-65

Diagnóstico: VC Antigo

COD. CIE 10:

Indicaciones

TAC de Craneo

Observaciones:

Número de cédula:

Nombre del médico:

Firma del médico:

Firma del paciente:

Cédula:

VER INSTRUCTIVO AL REVERSO DE LA HOJA →









TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 BASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 131243932      Orden Compra  
 BENEFICIARIO CENTRO MEDICO PREVENTIVO SALUD Y VIDA SRL      *Jocelyne Fontil*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$500.00 A LA SEÑORA JOCELYNE FONTIL PARA LA REALIZACION DE UNA RADIOGRAFIA DE TORAX DICHA SENORA DE ESCASOS ECONOMICOS  
 NOTA: LA SENORA YOSELIN FONTIL TIENE SU DOCUMENTO VENCIDO, EN REPRESENTACION ESTA SU ESPOSO CLAIRCIUS RENELUS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9999	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	500.00

**PAGADO**  
24 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento Tamboril

CK#7235  
COMP. 0714

*Marcos Estrella De Guay*  
Contador  
Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Alcalde  
Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	500.00

Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz



Form. Nº \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE Nº 2018-000714

FECHA 17/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas. Com  Dev  Pag

BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 131243932

Orden Compra

BENEFICIARIO CENTRO MEDICO PREVENTIVO SALUD Y VIDA SRL

*Jocelyne Fontil*

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$500.00 A LA SEÑORA JOCELYNE FONTIL PARA LA REALIZACION DE UNA RADIOGRAFIA DE TORAX DICHA SENORA DE ESCASOS ECONOMICOS

NOTA: LA SENORA YOSELIN FONTIL TIENE SU DOCUMENTO VENCIDO, EN REPRESENTACION ESTA SU ESPOSO CLAIRCIUS RENELUS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	QF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	500.00

CK#7235  
COMP.0714

*Marián Esther Díaz Cruz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal

(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
TESORER  
Alcalde

Total General RD\$

500.00

Retenciones

Total Retenciones

Monto Neto a Pagar RD\$

500.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto

mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 17/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000714

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

CENTRO MEDICO PREVENTIVO SALUD Y VIDA SRL

Por Valor de RD\$ 500.00

QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$500.00 A LA SEÑORA JOCELYNE FONTIL PARA LA REALIZACION DE UNA RADIOGRAFIA DE TORAX DICHA SENORA DE ESCASOS ECONOMICOS

NOTA: LA SENORA YOSSELIN FONTIL TIENE SU DOCUMENTO VENCIDO, EN REPRESENTACION ESTA SU ESPOSO CLAIRCIUS RENELUS

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Cargo

Contadora

Firma

Maria Esther Díaz

Revisado por

Miguel Angel Díaz  
Nombre

Cargo

Contador

Firma

Miguel Angel Díaz

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSEAN  
Nombre

Cargo

ALCALDE MUNICIPAL

Firma

Antolino GermoSean

mdiaz







Rnc: 131-24393-2

JOCELYNE FONTIL

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX P.A



\$500.00





# Servicio Nacional de Salud HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

Re torax P.A

pac. 55 años viene +  
tos con esputo de 1hs evolución



Nombre:

Yoselin Fentilo

Fecha:

11/5/18

D. M.



17/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de un estudio médico, el cual para mi tienes un alto costo, ya que por mi quebranto de salud no puedo trabajar, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si está a su alcance.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Claircius  
Renelus  
0066879858

*AutORIZADO la ayuda por el Sr. Alcalde Anyolino Germosen de 500.00 Quinientos Pesos para ayuda de su estudio médico.*  
*R. Cruz Martínez*  
*17/05/18*





CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **007236**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: MARIA MERCEDES LOPEZ **RD\$**



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007236 21411772763401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo 2018-000717 Comprobante No. 1805/2018 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>RECIBOS PERSONALES DEL MUNICIPIO DE TAMBORIL            EN LA SE RENACE EL CHEQUE, EL CENTRO NO TIENE CUENTA</p> <p><i>— ttt</i></p>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0032910-4 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARIA MERCEDES LOPEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$700.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE SONOGRAFIA DE CUELLO, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO. NOTA SE REHACEE EL CEQUE, EL CENTRO NO TIENE CUENTA

*fff*

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	700.00

*fff*



CK# 7236  
comp. 0717

*Maria Esther Delgado*  
 Contador  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
 Tesorero  
 Alcaide

Total General RD\$	700.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	700.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



Form. N° \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

Ayuntamiento Municipal de Tamboril

COMPROBANTE DEL GASTO

COMPROBANTE N° 2018-000717

FECHA 18/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0032910-4 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MARIA MERCEDES LOPEZ

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$700.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE SONOGRAFIA DE CUELLO, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.  
NOTA SE REHACEE EL CEQUE, EL CENTRO NO TIENE CUENTA

*fff*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	700.00

CK# 7236  
COMP. 0717

*Maria Esther Delgado*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Total General RD\$ 700.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Presidente Consejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]* Tesorero

*[Signature]* Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto

Monto Neto a Pagar RD\$ 700.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 18/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000717

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARIA MERCEDES LOPEZ

Por Valor de RD\$ 700.00

SETECIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$700.00 A LA SENORA MARIA MERCEDES LOPEZ PARA LA REALIZACION DE SONOGRAFIA DE CUELLO , DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

NOTA SE REHACEE EL CEQUE, EL CENTRO NO TIENE CUENTA

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Cargo

Contadora

Revisado por

Miguel Angel Cid  
Nombre

Cargo

Contador

Autorizado por

Angolino GERMOSEN  
Nombre

Cargo

ALCALDE MUNICIPAL

Maria Esther Díaz  
Firma

Miguel Angel Cid  
Firma

Angolino GERMOSEN  
Firma

mdiaz





09/05/2018

**Al: Lic . Anyolino Germosen**

**Alcalde municipal**

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para la realización de unos análisis, una sonografía, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si esta a su alcance ya que soy una persona de una avanzada edad, no puedo trabajar, por favor si le es posible extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

  
María Mercedes.

López.

032-0032910-4







# CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DR. REYES.

MUNICIPIO TAMBORIL, SANTIAGO, TEL. 809-345-1824/ 809-626-2418

[Cenimadiag.reyes@gmail.com](mailto:Cenimadiag.reyes@gmail.com)

## COSTIZACION

PACIENTE MARIA MERCEDES LOPEZ      EDAD: 50    AÑOS      SEXO. M      FECHA: 03-5-2018

SONOGRAFIA DE CUELLO ..... PRECIOS \$ 700.00







# Ministerio Pediátrico Vida Minipevid

Guazumal, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Tel.: 849-296-7027 • Minipevid@gmail.com  
RNC: 430076572

Rx

I

Sonografía de  
Cuello

Paciente: Mona Hoready Lopez Edad 50A

Fecha 2 Mes 05 Año 2008

Da Ruelas  
Firma

Mateo 19:14

pero Jesús dijo: Dejad a los niños venir a mi, no se lo impidais,  
porque de los tales es el reino de los cielos.





580-5186




# Ministerio Pediátrico Vida Minipevid

Guazumal, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Tel.: 849-296-7027 • Minipevid@gmail.com  
RNC: 430076572

Rx      L

Sonografía de  
Cuello



Paciente: Maria Mercedes Lopez Edad 50A  
 Fecha 2 Mes 05 Año 2018  
 Firma Da Reyes



Mateo 19:14  
pero Jesús dijo: Dejad a los niños venir a mi, no se lo impidais;  
porque de los tales es el reino de los cielos.



Maria (Ayuntamiento)  
829-647-8950



Se disculpa por el inconveniente  
Pero al momento no disponemos de Cuenta  
Corriente a nombre de dicha institución  
Centro de imágenes Diagnosticas Dr. Reyes.  
Favor de emitir el cheque a nombre  
de William Henry Reyes Cel. 031-0229599-9  
Cuenta de Banco BanReserva 2510 041315

Disculpe lo inconveniente gracias





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007237**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

*FOLICIA NACIONAL D. JOSE MIGUEL MEDINA*

**RD\$**

10.000 (10)



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007237 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000718 Fecha 18/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>SENA FOLICIA DADO A DICHA INSTITUCION PARA LA COMPRA DE PINTURA EL EMBELLEZAMIENTO DE DICHO CUARTEL</p> <p><i>José M. Medina</i></p> <p><i>C-001-1415965-0</i></p>			10.000 (10)
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Form. N° \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE N° 2018-000718

FECHA 18/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 001-1415965-0 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO POLICIA NACIONAL O JOSE MIGUEL MEDINA - *Jose M. Medina*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 A DICHA INSTITUCION PARA LA COMPRA DE PINTURA EL EMBELLECIMIENTO DE DICHO CUARTEL.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

**PAGADO**  
21 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

CK# 7237  
COMP. 0718

*Mario Esteban Díaz*  
Contador

Presidente Consejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*Augusto Díaz*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero  
*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$ 10.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz



Form. N°  
Aprobado por

Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
COMPROBANTE DEL GASTO

COMPROBANTE N° 2018-000718  
FECHA 18/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 001-1415965-0 Orden Compra

BENEFICIARIO POLICIA NACIONAL O JOSE MIGUEL MEDINA - *José M. Medina*

DIRECCION TELEFONO

CTA BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 A DICHA INSTITUCION PARA LA COMPRA DE PINTURA EL EMBELLECIMIENTO DE DICHO CUARTEL.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10,000.00

CK# 7237  
COMP. 0718

*Maria Esther Díaz*  
Contador

*Aug. Aca*  
Contralor Municipal

Total General RD\$ 10,000.00

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz

Monto Neto a Pagar RD\$ 10,000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 18/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000718

Se solicita la emisión de cheque a favor de:  
POLICIA NACIONAL O JOSE MIGUEL MEDINA

Por Valor de RD\$ 10,000.00  
DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:  
AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 A DICHA INSTITUCION PARA LA COMPRA DE PINTURA EL EMBELLECIMIENTO DE DICHO CUARTEL.

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

contadora  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel Cid  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Cid  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERROSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma

mdiaz







**POLICIA NACIONAL**  
**OFICINA DEL SUPERVISOR ZONAL, P. N, TAMBORIL**  
 "TODO POR LA PATRIA"  
"AÑO DEL FOMENTO A LAS EXPORTACIONES"

MUN. TAMBORIL, SATGO. DE LOS CABALLEROS, R.D.  
**18 DE MAYO DEL AÑO 2018**

**Señor: Lic. Anyolino Germosen**  
 Alcalde del Municipio de Tamboril  
**Su Despacho.**

**Distinguido Señor Alcalde:**

Después de un cordial saludo, tengo a bien dirigirme a esa alcaldía, que tan dignamente usted dirige, deseándole que nuestro creador le bendiga siempre, para conducir con éxito los proyectos que tanto en la vida política como personal emprenda, ocasión que aprovechamos para apelar su alto grado de sensibilidad humana, de servicio, solidaridad, colaboración, y a sus buenos y acostumbrados oficios a los fines de que dentro de las posibilidades existente nos suministre la cantidad de 10,000.00 pesos, que serán invertido en la comprar de pintura para así embellecer nuestro cuartel general, el cual se encuentra en mal estado en la actualidad.

Dándole las gracias anticipadas.

*AutORIZADO la ayuda  
 por el Señor alcalde  
 Anyolino Germosen  
 suma de 10,000.00  
 diez mil pesos  
 para acondicionar  
 el cuartel Policia  
 Claudio Martinez  
 18/05/18*

*[Handwritten signature]*

**Lic. JOSE MIGUEL MEDINA**  
 Teniente Coronel, P. N  
 SUPERVISOR ZONAL, P. N, TAMBORIL

**PAGADO**  
 21 MAY 2018  
 Tesorería Ayuntamiento  
 de Tamboril



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **007238**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

PARROQUIA SAGRADA FAMILIA

**RDS**

2000.00

DOS MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

#007238# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000719 Fecha 18/5/2018

PARROQUIA	DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	144	Simbolo	202	Avudas	Unidad Organizativa	Valor
	<p>REALIZO EL 11 DE MAYO DEL 2018 A LA 1:30 P.M</p> <p>032-0010693-2</p>						2000.00
<b>TOTAL</b>							

**PAGADO**  
25 MAY 2018  
Ayuntamiento

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gaste Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 430032794 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO PARROQUIA SAGRADA FAMILIA *[Handwritten Signature]* 032-0010693-2  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$2,000.00 POR SUMNISTROS DE BOLETAS CADA UNA A 1000.00 PESOS PARA ASISITIR A LA CENA PAN Y VINO QUE SE REALIZO EL 11 DE MAYO DEL 2018 A LA 7:00 P.M. *[Handwritten Signature]*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0009	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.000.00

*[Handwritten]* 032-0010693-2

*[Handwritten]* CR#7238  
comp. 0719



*[Handwritten Signature]*  
Contador  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar en las partidas extrapresupuestaria)

*[Handwritten Signature]*  
Contralor Municipal  
Tesorero  
Alcalde

Total General RD\$	2.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.000.00

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 430032794 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO PARROQUIA SAGRADA FAMILIA *[Signature]* 032-0010693-2  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$2,000.00 POR SUMNISTROS DE BOLETAS CADA UNA A 1000.00 PESOS PARA ASISITIR A LA CENA PAN Y VINO QUE SE REALIZO EL 11 DE MAYO DEL 2018 A LA 7:00 P M

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.000.00

032-0010693-2

CK# 7238  
COMP. 0719

*[Signature]*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	2.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 18/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000719

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

PARROQUIA SAGRADA FAMILIA

Por Valor de RD\$ 2,000.00

DOS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

APORTE POR LA SUMA RD\$2,000.00 POR SUMNISTROS DE BOLETAS CADA UNA A 1000.00 PESOS PARA ASISITIR A LA CENA PAN Y VINO QUE SE REALIZO EL 11 DE MAYO DEL 2018 ALA 7:00 P.M

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel Diaz  
Nombre

Antonio Lino GERMÓSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Miguel Angel Diaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





ARQUIDIÓCESIS DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
PARROQUIA SAGRADA.FAMILIA  
TAMBORIL, REP.DOM.

VILLA FAUSTINO BARRIO VALENTIN, TAMBORIL, REP. DOM. TEL.: 809 580-9925, RNC: 430032794

Santiago de los Caballeros,  
18 de abril del año 2018

Sr/a. Argolino Gemasén

**Distinguido/a hermano/a:**

Con inmensa alegría me dirijo a usted a través de esta misiva, y lo hago para saludarle y motivarle a participar de la cena concierto "Pan Y vino", que realizaremos el viernes 11 de mayo a las 7:00 P.M. en el centro parroquial

Esta actividad será una oportunidad para encontrarnos como familia parroquial y dar paso al compartir. En dicho evento, disfrutaremos de una breve charla relacionada a la familia (*para ello, hemos invitado a Monseñor Tomás Morel, Obispo auxiliar de Santiago*), presentaciones artísticas, rifas y un brindis por el amor de Dios manifestado en Cristo y en nuestras familias, en este tiempo pascual.

Como en años anteriores, después de haber escuchado al consejo parroquial y al consejo económico permanente de nuestra parroquia, consideramos enviarle a usted una boleta como invitado especial, la misma tiene un costo de 1,000.00 pesos. De usted aceptar nuestra propuesta, estaría colaborando para poder continuar con nuestro propósito de embellecer el templo parroquial. De todos modos, lo más importante es su presencia, lo que significa, que de no poder colaborar, usted sigue siendo invitado especial, ya que nuestro fin es evangelizar.

De ser casado, su pareja queda automáticamente invitada sin aumentar el costo señalado. Aprovecho la oportunidad para saludarles, y elevar una oración a Jesús por usted y los suyos. Finalmente, le bendigo.

Fraternalmente,

P. Leonardo Rafael Casimiro García  
Pbro. Leonardo Rafael Casimiro García  
Administrador Parroquial.



VILLA FAUSTINO BARRIO VALENTIN, TAMBORIL, REP. DOM.



Arquidiócesis de Santiago de los Caballeros  
**PARROQUIA SAGRADA FAMILIA**

## **XIII Encuentro Cena Conferencia Pan y Vino**

*Conferencista: Mons. Tomás Morel,  
obispo auxiliar de Santiago*

**VIERNES 11 DE MAYO 2018 • 7:00 P.M**

**LUGAR: PARROQUIA SAGRADA FAMILIA**

**APORTE: RDS\$1,000.00 p/p**

**Para celebrar el día de las madres**

25 MAY 2018

Arquidiócesis de Santiago de los Caballeros  
**PARROQUIA SAGRADA FAMILIA**

## **XIII Encuentro Cena Conferencia Pan y Vino**

*Conferencista: Mons. Tomás Morel,  
obispo auxiliar de Santiago*

**VIERNES 11 DE MAYO 2018 • 7:00 P.M**

**LUGAR: PARROQUIA SAGRADA FAMILIA**

**APORTE: RDS\$1,000.00 p/p**

**Para celebrar el día de las madres**

25 MAY 2018







Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **007239**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: MARINA HERNANDEZ **RD\$** 10,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

#007239# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000721 Fecha 23/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
MARINA HERNANDEZ PAGA POR LA SUMA DE RD\$10,000.00 POR CELEBRACION DE ANIVERSARIO MEDICO DICHA SEÑORA DE ESTADOS SECTORES ECONOMICOS <i>Jorge Luis</i> <i>054-0141735-6</i>			10,000.00
<b>TOTAL</b>			10,000.00

**PAGADO**  
25 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 054-0021300-4 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MARINA HERNANDEZ *Jorge Luis*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA EL PAGODE HONORARIO MEDICOS DICHA SENORA DE ESCAASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4209	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00
<p><i>Jorge Luis</i> <i>054-0141735-6</i></p>									

**PAGADO**  
**25 MAY 2018**  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*CK #7239*  
*COMP. 0721*

*[Signature]*  
Contador Contabilidad Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde Tesorería Gestión 2016-2020

Total General RD\$ **10.000.00**

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ **10.000.00**

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas. Com  Dev  Pag   
 BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 054-0021300-4 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARINA HERNANDEZ Jorge Luis  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA EL PAGODE HONORARIO MEDICOS DICHA SENORA DE ESCAASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00
<p><i>Jorge Luis</i> <i>54-0141735-6</i></p>									

CK # 7239  
COMP. 0721

*Maria Esther Diaz*  
Contador

*Augusto Aza*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 23/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000721

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARINA HERNANDEZ

Por Valor de RD\$ 10,000.00

DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA EL PAGODE HONORARIO MEDICOS  
DICHA SENORA DE ESCAASOS RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

*Maria Esther Diaz*

Nombre

Cargo

*Contadora*

Firma

Revisado por

*Miguel Angel*

Nombre

Cargo

*Contador*

Firma

Autorizado por

*ANTOLINO GERMOSEAN*

Nombre

Cargo

*ALCALDE MUNICIPAL*

Firma

mdiaz





17/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para poder realizar el pago de los honorarios médicos, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si esta a su alcance ya que hemos gastado mucho en este proceso, si le es posible ayúdeme en lo que este a su alcance, soy una persona de una avanzada edad.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

*Marina*  
Marina  
Hernández Paulino  
054-0021300-4



*Autorizada la  
Ayuda por el Sr. Anyolino  
alcalde Anyolino  
Germosen de 10,000.00  
diez mil pesos  
Carla Martínez*





# Hospital Metropolitano de Santiago

Aut. Duarte Km 2, Santiago  
RNC1-11-12794-7

Impreso 25/04/2018 15:52 Pag 1  
**FACTURA 20180095197**  
Fecha Factura: 25/04/2018

Entidad: **Primera ARS Humano**  
Tarifa: Primera ARS Humano  
Facturar a: Primera ARS Humano  
RNC / Cédula: 101864427  
Domicilio: Avda. López de Vega #34.

Paciente: **HERNANDEZ PAULINO, MARINA**  
NEHC: 263988/6  
Nº Poliza: 1088373406  
Autorización: 1903259  
Médico: UCI Olga Nalemis Moya Rodriguez  
RNC / Cédula:

Diagnóstico de Ingreso: ASCITIS  
Diagnóstico Principal al Alta: ASCITIS

TOTAL FACTURA: 123.833,28 TOTAL COBERTURA: 93.793,86 TOTAL ITBIS COB.: 1.568,87 TOTAL DIFERENCIA: 30.039,42 TOTAL ITBIS DIF.: 537,01

TIPO	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO	IMPORTE BASE	ITBIS	IMPORTE (% / CANTIDAD FIJA)	COBERTURA	DIFERENCIA
GFH FAR - Farmacia - MEDICAMENTOS - ITBIS 0,00		1,00	33.632,19	33.632,19	0,00	33.632,19	100,00 /	33.632,19
GFH FAR - Farmacia - MEDICAMENTOS - ITBIS 18,00		1,00	2.527,79	2.527,79	455,00	2.982,79	0,00 /	2.982,79
GFH LAB - Laboratorio - LABORATORIO - ITBIS 0,00		1,00	13.003,00	13.003,00	0,00	13.003,00	100,00 /	12.885,00
GFH RC - Radiografía - RAYOS X - ITBIS 0,00		1,00	315,00	315,00	0,00	315,00	100,00 /	315,00
GFH SO - Sonografía - SONOGRAFIA - ITBIS 0,00		1,00	14.670,00	14.670,00	0,00	14.670,00	100,00 /	2.070,00
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - CIRUGIA GENERAL B - ITBIS 0,00		1,00	691,64	691,64	0,00	691,64	100,00 /	691,64
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - CIRUGIA GENERAL B - ITBIS 18,00		1,00	810,62	810,62	145,91	956,53	100,00 /	956,53
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - EST. 6TA PLANTA SUR - ITBIS 0,00		1,00	234,00	234,00	0,00	234,00	100,00 /	234,00
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - EST. 6TA PLANTA SUR - ITBIS 18,00		1,00	3.595,05	3.595,05	647,11	4.242,16	100,00 /	4.159,38
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ITBIS 0,00		1,00	2.061,19	2.061,19	0,00	2.061,19	100,00 /	1.651,19
GFH SUM - Material Gastable y Medicamentos - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ITBIS 18,00		1,00	4.765,91	4.765,91	857,86	5.623,78	100,00 /	5.168,93
GFH TC - Tomografía - TOMOGRAFIA - ITBIS 0,00		1,00	2.520,00	2.520,00	0,00	2.520,00	100,00 /	2.520,00
GFH VAR - Elementos Facturables Varios - CIRUGIA GENERAL B - ITBIS 0,00		1,00	700,00	700,00	0,00	700,00	100,00 /	500,00
GFH VAR - Elementos Facturables Varios - EST. 6TA PLANTA SUR - ITBIS 0,00		1,00	1.400,00	1.400,00	0,00	1.400,00	100,00 /	1.000,00
GFH VAR - Elementos Facturables Varios - HOSTELERIA - ITBIS 0,00		1,00	126,00	126,00	0,00	126,00	100,00 /	0,00
GFH VAR - Elementos Facturables Varios - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ITBIS 0,00		1,00	2.400,00	2.400,00	0,00	2.400,00	100,00 /	2.000,00
MAN ENFP UCI EST - ESTANCIA EN CAMA DE UCI		3,00	2.700,00	8.100,00	0,00	8.100,00	100,00 /	8.100,00
MAN ENFP IND EST - ESTANCIA HABITACION INDIVIDUAL		2,00	2.000,00	4.000,00	0,00	4.000,00	100,00 /	3.480,00
MAN SEGD QUIOS - QUIROFANO 5		1,00	1.500,00	1.500,00	0,00	1.500,00	100,00 /	1.125,00

Firma del Médico

Firma del Paciente

**PAGADO**  
25 MAY 2018  
Tasación Ayuntamiento

**PAGADO**  
25 ABR 2018  
Santiago, R.D.

617





**Hospital Metropolitano de Santiago**  
 Aut. Duarte Km 2, Santiago  
 RNC1-11-12794-7

Impreso 25/04/2018 15:52 Pag 2  
**FACTURA 20180095197**  
 Fecha Factura: 25/04/2018

**Entidad: Primera ARS Humano**  
 Tarifa: Primera ARS Humano  
 Facturar a: Primera ARS Humano  
 RNC / Cédula: 101864427  
 Domicilio: Avda. López de Vega #34.

**Paciente: HERNANDEZ PAULINO, MARINA**  
 NEHC: 263988/6  
 N° Póliza: 1088373406  
 Autorización: 1903259  
 Médico: UCI Olga Nalemis Moya Rodriguez  
 RNC / Cédula:

Diagnóstico de Ingreso: ASCITIS  
 Diagnóstico Principal al Alta: ASCITIS

TOTAL FACTURA: 123,833.28 TOTAL COBERTURA: 93,793.86 TOTAL ITBIS COB.: 1,568.87 TOTAL DIFERENCIA: 30,039.42 TOTAL ITBIS DIF.: 537.01

TIPO	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO	IMPORTE BASE	ITBIS	IMPORTE (% / CANTIDAD FUJA)	COBERTURA	DIFERENCIA
MAN	ENFP.POO.EST - ESTANCIA EN RECUPERACION QUIRURGICA	1.00	500.00	500.00	0.00	500.00	100.00 /	500.00
MAN	PELB.700 - CRUCE CRUCE SANGUINEO	1.00	145.00	145.00	0.00	145.00	0.00 /	0.00
MAN	PELB.973 - CC-PILE ESTUDIO LIQUIDO PLEURAL	1.00	301.50	301.50	0.00	301.50	100.00 /	301.50
MAN	PELB.566 - HEMOG HEMOGRAMA	5.00	130.50	652.50	0.00	652.50	100.00 /	0.00
MAN	PELB.619 - POTAS POTASIO EN SUERO	6.00	130.50	783.00	0.00	783.00	100.00 /	0.00
MAN	PELB.639 - SODIO SODIO EN SUERO	6.00	130.50	783.00	0.00	783.00	100.00 /	0.00
MAN	TC.TC.ABD.----- TAC de Abdomen Helicoidal 87.9.4.10	1.00	2,520.00	2,520.00	0.00	2,520.00	100.00 /	0.00
MAN	TC.TC.CRA.----- TAC de Cráneo 87.9.1.11	1.00	2,520.00	2,520.00	0.00	2,520.00	100.00 /	0.00
MAN	TC.TC.PEL.----- TAC de Pelvis 87.9.4.60	1.00	2,520.00	2,520.00	0.00	2,520.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. HEIDY LEIDY ROJAS RODRIGUEZ	1.00	1,925.00	1,925.00	0.00	1,925.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. Maria Angeles Galon Tejeda/ MED	1.00	1,500.00	1,500.00	0.00	1,500.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. Rosa Eliana Dina	1.00	800.00	800.00	0.00	800.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. Elias Sebelen	1.00	8,800.00	8,800.00	0.00	8,800.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. LUIS JOSÉ CASTILLO VIÑA	1.00	500.00	500.00	0.00	500.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. Roberto de los Santos ( tecnico de imagenes)	1.00	300.00	300.00	0.00	300.00	100.00 /	0.00
MAN	- Honorarios médicos Dr. Karina Allagracia Rodriguez Cruz	1.00	500.00	500.00	0.00	500.00	100.00 /	0.00
MAN	HMED.GSI32 - Olga Nalemis Moya Rodriguez	0.00	7,600.00	0.00	0.00	0.00	100.00 /	0.00
MAN	HMED.98798 - Katherine Gomez	0.00	4,000.00	0.00	0.00	0.00	100.00 /	0.00
MAN	HMED.MCA - Marcos Cesar Arias	0.00	800.00	0.00	0.00	0.00	100.00 /	0.00
MAN	HMED.25 - Celia Rodriguez de Mustatá	0.00	4,800.00	0.00	0.00	0.00	100.00 /	0.00
MAN	HMED.1994 - HECTOR RAFAEL URENA APONTE	0.00	5,500.00	0.00	0.00	0.00	100.00 /	0.00

Firma del Médico

Firma del Paciente





HOMS  
CIUDAD. RECIBO #: 1586811\*  
SANTIAGO, REP. DOM. Fecha: 25/04/2018  
Tels: Tels. (829) 947-2222, Fax (829) 947-2  
RNC 111127947

RECIBO DE INGRESO

Recibimos de: MARINA HERNANDEZ PAULINO  
La suma de...: TREINTA MIL TREINTA Y  
NUEVE CON 42/100  
RD\$.....: 30,039.42  
Por Concepto: PAGO FACTURA FACTURA(S):  
20180095197  
Observacion...

EFECTIVO : 30,039.42

Factura	Monto Pago	Balance Posterior
---------	------------	-------------------

Total	30,039.42	
-------	-----------	--

**HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO**  
**HOMS - CAJA GENERAL**  
**25 ABR 2018**  
**PAGADO**  
Santiago, R.D.

TEYLON WILFREDO GRULLON MARTINEZ

Recibido por



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD0000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **007240**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
 CHEQUE A LA ORDEN DE: ALBERTO JOSE MORFE

**RD\$**

20,000.00



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

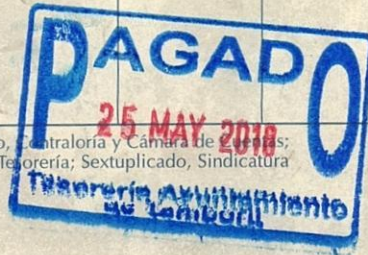
FIRMA(S)

\*007240\* 21411272713401202108684\* 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 7130 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 21411272713401202108684 Fecha 23/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
PARA LA COMPRA DE LOS PASAJE AEROS PARA LOS ALLETAS QUE PARTICIPARAN EN EL TORNEO INTERNACIONAL DE TAEKWON-DO EL CUAL SE REALIZARA EN OTTAWA CANADA EL DIA DE JUNIO DEL 2018  <i>Alberto m/o RPE</i> <i>032-0025519-2</i>			20,000.00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.





**COMPROBANTE DEL GASTO**

TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Corr. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0025519-2      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO ALBERTO JOSE MORFE *[Signature]*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$20,000.00 PARA LA COMPRA DE LOS PASAJE AREOS PARA LOS ALLETAS QUE PARTICIPARAN EN EL TORNEO INTERNACIONAL DE TAEKWON-DO, EL CUAL SE REALIZARA EN OTTAWA CANADA EL DIA DE JUNIO DEL 2018

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	20.000.00

*Alberto Morfe*  
*032-0025519-2*

**PAGADO**  
25 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

*ck # 7240*  
*Comp. 0722*

*[Signature]*  
Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

Total General RD\$	20.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	20.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz



Form. N° \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**

COMPROBANTE N° 2018-000722

**COMPROBANTE DEL GASTO**

FECHA 23/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

CASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0025519-2 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO: ALBERTO JOSE MORFE *[Signature]*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuentas de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$20,000.00 PARA LA COMPRA DE LOS PASAJE AREOS PARA LOS ALLETAS QUE PARTICIPARAN EN EL TORNEO INTERNACIONAL DE TAEKWON-DO, EL CUAL SE REALIZARA EN OTTAWA CANADA EL DIA DE JUNIO DEL 2018

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	20.000.00

*Alberto / OPPE*  
*032-0025519-2*

*ck # 7240*  
*Comp. 0722*

*[Signature]*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz

Total General RD\$	20.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	20.000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 23/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000722

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

ALBERTO JOSE MORFE

Por Valor de RD\$ 20,000.00

VEINTE MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$20,000.00 PARA LA COMPRA DE LOS PASAJE AREOS PARA LOS ALLETAS QUE PARTICIPARAN EN EL TORNEO INTERNACIONAL DE TAEKWON-CO, EL CUAL SE REALIZARA EN OTTAWA CANADA EL DIA DE JUNIO DEL 2018

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel Ojeda  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





# ASOCIACIÓN DOMINICANA DE TAEKWON-DO ITF (ASODOTAE)



RNC: 430087556

Santiago de los Caballeros  
17 de mayo de 2018

Señores.  
Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
Ciudad.

*Autorizada la ayuda  
por el Sr. Gerardo  
Amador Guzmán, 10,000  
USD de ayuda por persona  
para el viaje.*  
Claribel Martínez  
21/05/18

Vía: Sala Capitular de Regidores

## Distinguido señores:

Reciban un cordial saludo de parte de nuestra organización **ASODOTAE. INC.** Y todas sus organizaciones afiliadas. La presente misiva es para solicitarles la interposición de sus buenos oficios a los fines de gestionar su aporte económico o la donación de vuelos para los atletas que participaran en el torneo Internacional de Taekwon-do, denominado con el **GEN CHOI" S LEGACY TAEKWON-DO WORLD CUP**, el cual se realizará en **Ottawa Canadá**, el día 2 de junio del 2018. El municipio de Tamboril y por ende La Republica Dominicana estará representado por las siguientes competidores y profesores de este arte marcial.

NOMBRES	NO. PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO Y CARGO
ALBERTO JOSE MORFE UREÑA	RD4479077	10/11/1978 DIRECTOR TECNICO
GERMANIA LUCIA FERNANDEZ	RD4159295	11/10/1980 COACH
ISMAEL ISAIAS FERREIRA	RD4926954	31/10/2004 ATLETA
FRANCISCO ALBERTO ALEGRIA	RD5070939	20/10/1990 ATLETA

En ese sentido certificamos que las personas que asistirán a tan prestigioso evento, serán quien pondrán nuestro país por todo lo alto en este grandioso evento, es por tal virtud que esperamos puedan ayudarnos con lo que esté al alcance de tan digno consejo edilicio.

Atentamente,

  
Licdo. Rolando Celestino Ureña.  
Presidente ejecutivo



Calle Principal Palmar Arriba, V.G., Santiago, República Dominicana  
Cel. 809-756-1110/829-460-1671  
Email: rolandoura21@hotmail.com/rolandourena16@hotmail.com







# Agencia de Viajes Caminante



Avenida Valerio No. 27 - Tels.: 583-6651 - 583-6652 - Fax: 583-5865  
Filial El Encanto, C. por A. • Santiago, Rep. Dominicana

RNC - 10101454-7

**Santiago, 18 Mayo 2018**

## EL ENCANTO S.A.S. Y O AGENCIA VIAJES CAMINANTE

**VENDEDOR: EL ENCANTO S.A.S y o Agencia Viajes Caminante**  
**CALLE RESTAURACION ESQUINA DUARTE**  
**SANTIAGO. SEGUNDO NIVEL, 809-724-5956, 809-582-1176, 809-724-5958, fax 809-724-5865**  
**agenciaviajescamicante@hotmail.com**  
**RNC 10101454-7**

### Cotización Aérea para el Sr. Alberto José Morfe Ureña..

**FACTURA PRO-FORMA: ESTO ES UNA COTIZACION.**

**FECHA: DEL 01 de Junio AL 15 de Junio DEL 2018 en la ruta Puerto Plata -Aeropuerto Internacional Toronto Pearson**

**Salida 1 de Junio: Puerto Plata 2:13pm Toronto 6:29pm**  
**Regreso 15 de Junio: Toronto 9:15am- Puerto Plata 1:29am.**

**Línea aérea Wes Jet.**

**PASAJERO: Alberto José Morfe Ureña.**

**PRECIO \$ 77,060.00 pesos.**

**INCLUYE: boleto aéreo ida y vuelta con impuestos.**

**Esta cotización es al día de hoy 18/5/2018 a partir de mañana puede variar el precio y no se garantiza la disponibilidad del espacio. Después de emitidos los boletos no son reembolsables, no endosables y sino viaje se pierden. Debe avisar a la línea aérea sino viaja personalmente en sus oficinas y deberá pagar penalidad y diferencia de tarifa si aplica al momento de viajar.**

**TOTAL GENERAL \_\_\_\_\_ RD\$308,240.00 PESOS.**

**Nota: Total por cuatro boletos para:**

- Francisco Alberto Alegría
- Ismael Ferreira
- Germania Fernández
- Alberto José Morfe Ureña

**EL ENCANTO S.A.S y o Agencia Viajes Caminante**  
**809-724-5956**  
**809-724-5958**

**809-310-9082, [agenciaviajescamicante@hotmail.com](mailto:agenciaviajescamicante@hotmail.com), [iristaveras@hotmail.com](mailto:iristaveras@hotmail.com)**  
**809-582-1626 EXT 242**

**COORDINACION: Pamela Batista**

**EJECUTIVA DE VENTAS**



**Iris Taveras**  
**Gerente**



**CAMINAMOS POR USTED.**



# GEN CHOI'S LEGACY TAEKWON-DO WORLD CUP

2018 JUNE 02



ITF  
CHAN HUN  
태권권

태권도



蒼軒國際跆拳道聯盟

**OTTAWA CANADA**

Place: Algonquin College Woodroffe Campus Gynasium Ticket: \$ 8  
children under 5 FREE

Hosted by: [www.lustaekwondo.com](http://www.lustaekwondo.com)

(for registration) [qmohanlu@gmail.com](mailto:qmohanlu@gmail.com) Sanctioned by: Chan Hun International Taekwon-Do Federation







# Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

Fundado el 3 de Junio de 1900

Gestión 2016-2020

RNC: 402-00223-2


## CERTIFICACION

Quien suscribe al pie de la presente en calidad de Secretaria Municipal de la Alcaldía, certifico:

Que en Sesión Ordinaria celebrada el día 18 de mayo del 2018, el Concejo de Regidores mediante Acta de Sesión número 07-2018, aprobó otorgarle una ayuda de RD\$ 20,000.00 al Señor Alberto José Morfe, para la compra de los pasajes Aéreos para los Atletas que participarán en el torneo Internacional de TAEKWON-CO, el cual se realizará en Ottawa Canada en junio 2018.

Expido la presente a solicitud de la parte interesada, para sus conocimientos y fines de lugar correspondientes, en el Municipio de Tamboril, Provincia de Santiago, Rep. Dom., a los veinte y un (21) días del mes de mayo (05) del año dos mil dieciocho (2018).

  
**Licda. Yesenia Pichardo.**  
**Secretaria Municipal**





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

007241

No.

DIA		MES		AÑO	

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

CARMEN ADOLFINA MINAYA

**RD\$**

3.000,00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007241 21611272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo Comprobante No. 2018-400735 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Valor
CARMEN ADOLFINA MINAYA PARA LA REALIZACION DE UNA RESERVA MENSUAL SERVICIAL DICHA SEÑORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS  <i>C A M</i> <i>032-0015406-4</i>	RD\$ 3.000,00
<b>TOTAL</b>	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicato; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 0320015406-4 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO CARMEN ADOLFINA MINAYA  
 DIRECCION C A M TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

*Handwritten notes in table:*  
 C A M  
 032-0015-406-4



CK # 7241  
comp. 0735

*Handwritten signatures and stamps:*  
 Mauricio Esteban Díaz Cruz (Contador)  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril (Seal)  
 Tesorería (Seal)  
 Alcaldía (Seal)

Total General RD\$	3.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contratación; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 0320015408-4 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO CARMEN ADOLFINA MINAYA  
 DIRECCION C A M TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

*Handwritten notes in table:*  
 C A M  
 032-015408-4

CK# 7241  
COMP. 0735

*Mano Esther Díaz Cruz*  
Contador

Total General RD\$ 3.000.00

\_\_\_\_\_  
Presidente Consejo Municipal

\_\_\_\_\_  
Tesorero

\_\_\_\_\_  
Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>3.000.00</b>



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000735

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

CARMEN ADOLFINA MINAYA

Por Valor de RD\$ 3,000.00

TRES MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Miguel Ángel  
Nombre

ANDRINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





20/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para poder realizar un estudio médico, el cual tienes un alto costo para mí, soy de una avanzada edad el cual tampoco puedo trabajar, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme, si esta a su alcance.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

C A M  
Carmen Adolfina  
Minaya  
032-001506-

Autorizado la ayuda  
por el señor alcalde  
Anyolino Germosen  
de 3.000.00 tres mil  
Pesos, para ayuda  
Clara Martinez







# Servicio Nacional de Salud HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

I

Resonancia Magnética  
Cervical

**PAGADO**  
30 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



Nombre:

*Compu Adolena Hincay*

Fecha:

21/5/18





La Excelencia al Alcance de Todos

## CLINICA UNION MÉDICA DEL NORTE

La Excelencia al Alcance de Todos.

RNC.: 1-02-328137

Av. Juan Pablo Duarte No.176, Santiago, Rep. Dominicana – Central Telefónica: 809-226-8686 (Ext.2187).

**Nombre del Paciente: CARMEN ADOLFINA MINAYA**

**Cédula del paciente: 032-0015406-4**

**Resonancia Magnética de: COLUMNA CERVICAL**

**Costo de la Resonancia: \$ 11,250 PESOS**

**Teléfono de la Clínica: 809-226-8686 (EXT 2187).**





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007242**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: JOSE BOLIVAR GOMEZ **RD\$**

CINCO MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*  
FIRMA(S)

007242 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-410737 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
PARA EL PAGO DE PROCESOS MEDICOS DICHO JOYUN DE MAY ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO  <i>José Bolívar Gómez</i>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-1269044-8 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO JOSE BOLIVAR GOMEZ *Jose Bolivar Gomez* TELEFONO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202103664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA EL PAGO DE PROCESOS MEDICOS DICHO JOVEN DE MUY ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5,000.00

CR# 7242  
Comp. 0737

**PAGADO**  
30 MAY 2018  
Tesorera Ayuntamiento

*Maria Esther Diaz*  
Contador  
*Angela...*  
Contralor Municipal  
*[Signature]*  
Tesorera  
*[Signature]*  
Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5,000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 Indiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-1269044-6 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO JOSE BOLIVAR GOMEZ *Jose Bolivar Gomez*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA EL PAGO DE PROCESOS MEDICOS DICHO JOVEN DE MUY ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

CK# 7242  
Comp. 0137

Total General RD\$ 5.000.00

*Marcia Esther Diaz* Contador  
*Aug A...* Contralor Municipal

Presidente Consejo Municipal  
 (Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]* Tesorero

*[Signature]* Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 5.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto Indiz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000737

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

JOSE BOLIVAR GOMEZ

Por Valor de RD\$ 5,000.00

CINCO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA EL PAGO DE PROCESOS MEDICOS DICHO JOVEN DE MUY ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Miguel Angel  
Nombre

AYOLINO GERARDO  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Angela  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





25/05/2018

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica para poder cubrir los gastos de mi proceso médico, ya que tienes un alto costo por mi condición de salud se me impides trabajar, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme a terminar con este proceso, ayúdeme a volver a la normalidad, extiéndame su mano amiga.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

José Bolívar  
Gómez Salcedo  
402-1269044-6

Anterizado la ayuda  
por el Señor alcalde  
Anyolino Germosen de  
Cinco mil  
5,000.00 Pesos para su  
proceso médico  
Clara Martínez  
28/05/18





CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
 Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD0000000001202108684

No. **007243**

DIA	MES	AÑO
30	05	2018

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

PAGUESE CONTRA ESTE  
 CHEQUE A LA ORDEN DE: YOEL GARCIA **RD\$**

**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL



*[Handwritten signatures]*  
 FIRMA(S)

#007243# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 00013 Fondo 14.00.0003.4.1.1.2 Comprobante No. 2018-000738 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
JOVEN MEDIC... AREA DE MEDICINA EN RECOMENDACION EN CARABOBO, VALENCIA, VENEZUELA, DICHO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS  <i>Yoel Garcia</i> <i>4102-2097136-6</i>			20.000.00
<b>TOTAL</b>			



DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA: 902-20971366      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO YOEL GARCIA  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$20,000.00 A DICHO JOVEN MEDICO PARA LA REALIZACION DE UN POSTGRADO EN EL AREA DE MEDICINA EN NEUMOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VALENCIA, VENEZUELA, DICHO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	20.000.00

*Yoel García*  
*902-2097136-6*

**PAGADO**  
30 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento

CK# 7243  
comp. 0738

*Yanira Estro*      *Alfonso Cruz*  
 Contador      Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto mdiaz

Total General RD\$	20.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	20.000.00



TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001- RNC/CEDULA: 402-20971366 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO YOEL GARCIA  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$20,000.00 A DICHO JOVEN MEDICO PARA LA REALIZACION DE UN POSTGRADO EN EL AREA DE MEDICINA EN NEUMOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VALENCIA, VENEZUELA, DICHO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	20,000.00

*Yoel Garcia  
402-2097136-6*

*CK# 7243  
comp. 0738*

*Esther Díaz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	20,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	20,000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000738

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

YOEL GARCIA

Por Valor de RD\$ 20,000.00

VEINTE MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

APORTE POR LA SUMA RD\$20,000.00 A DICHO JOVEN MEDICO PARA LA REALIZACION DE UN POSTGRADO EN EL AREA DE MEDICINA EN NEUMOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VALENCIA, VENEZUELA , DICHO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel Cid  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Miguel Angel Cid  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





23 de Mayo de 2018

Alcaldía del Municipio de Tamboril  
Lic. Anyolino Germosén  
Tamboril, R.D.

**Estimado Alcalde:**

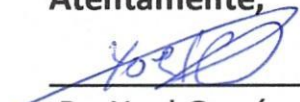
Extiendo un cordial saludo , pero a la vez le doy a conocer mi interés de seguir ampliando mis conocimientos en el área de la medicina , por eso he decidido realizar **mi post-grado en Neumología en la universidad de Carabobo, localizada en la ciudad Valencia , de la República bolivariana de Venezuela.**

A pesar de la condición política y de inseguridad que vive ese país, ya por referencia de otros colegas, confío plenamente que todavía continúa siendo uno de los mejores destinos para mi formación. Por lo tanto solicito un apoyo económico para poder comprar mi boleto aéreo ya reservado para el **viernes 2 de junio del 2018**, bajo el presupuesto de **treinta seis mil, setecientos ochenta pesos dominicanos (\$ 36,780.00).**

Le adjunto mis datos personales: **Yoel Daniel García Taveras**, ced: **402-2097136-6**, pasaporte: **RD401715**, Residente: **C/Pedro Morel de Santa Cruz #19 Tamboril**, exequátur **319-17**, inscrito en el colegio médico dominicano.

Me comprometo que al regreso serviré a mi municipio, en forma agradecimiento.

Atentamente,

  
Dr. Yoel García



*Realizada la ayuda  
por el Sr. alcalde  
Anyolino Germosén  
de 20,000.00 Veinte  
mil pesos. Para  
ayuda de su área  
en medicina  
C. Parroquiano  
28/05/18*



16 de Mayo de 2018

Señor  
Yoel Daniel García  
Ciudad

Estimado señor García:

Gracias por elegir nuestros servicios!!

A continuación el detalle de la reservación solicitada para su viaje a Venezuela.

GARCIA/ YOEL DANIEL

CM 267	01JUN	SANTO DOMINGO/PANAMA	835A 1012A
CM 223	01JUN	PANAMA/CARACAS	1200N 323P
CM 222	17JUN	CARACAS/PANAMA	113P 236P
CM 268	17JUN	PANAMA/SANTO DOMINGO	350P 722P

Precio sujeto a cambio 36,780.00

Esta tarifa aplica penalidad y diferencia en tarifa si realiza cualquier cambio en la misma.

Cualquier información adicional, favor comunicarse con nosotros.

Muy atentamente,

  
Aracelys Báez Collado  
ROSARIO Y PICHARDO, S.R.L.  
RNC 101526513



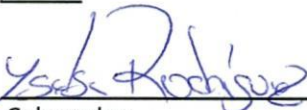


Oficina	TAMBORIL 620	Fecha	23/05/2018
Recibimos de	YOEL DANIEL GARCIA TAVERAS		
Dirección	CALLE PEDRO MOREL DE SANTA CRUZ NO.19 TAMBORIL, SANTIAGO		
La suma de	TREINTA DOLARES CON 00/100	<b>RD\$</b>	<b>U\$30.00</b>

- Por concepto de:**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arrendamiento caja de seguridad | <input type="checkbox"/> Alquiler local   |
| <input type="checkbox"/> Contrato de depósito nocturno   | <input checked="" type="checkbox"/> Otros |

**Detalle:**

DEPOSITO REALIZADO POR EL SR. YOEL DANIEL GARCIA TAVERAS, CEDULA NO.402-2097136-6 A LA CUENTA DE AHORROS EN DOLARES NO.240-006275-4 A NOMBRE DE LA EMBAJADA DE VENEZUELA.

  
Cobrador

  
Firma y clave

**Nota:** a) La expedición de este recibo y lo que éste consigna, no conlleva novación y alteración alguna en los términos de la obligación.  
original. b) Este recibo no es válido si no tiene la contra firma del cobrador o el sello del cajero.

**PAGADO**  
30 MAY 2018  
Tesoreria Ayuntamiento  
de Tamboril





MINISTERIO DE  
SALUD PUBLICA

**DIRECCION JURIDICA**  
"Año del Desarrollo Agroforestal"

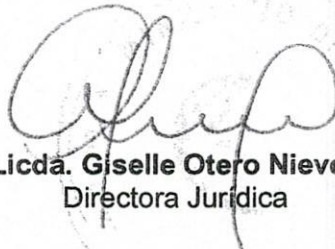
## **EXEQUATUR**

### **A: YOEL DANIEL GARCIA TAVERAS**

Quien suscribe tiene a bien informarle, que mediante el Decreto del Poder Ejecutivo No.319-17, de fecha 28 de agosto del año 2017, le ha sido otorgado al ciudadano YOEL DANIEL GARCIA TAVERAS, titular de la cédula de identidad y electoral No.402-2097136-6, el exequátur de ley que le faculta para ejercer la profesión de **MEDICINA**, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes registrado en la Dirección Jurídica de este Ministerio de Salud Pública, bajo el Registro No.20527, Folio No.1010, Libro P, de fecha 2 de mayo del año 2017.

Dado en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los 13 días del mes de noviembre del año 2017.



  
**Licda. Giselle Otero Nieves**  
Directora Jurídica

GON  
AS  
jc







República Dominicana  
**Ministerio de Relaciones Exteriores (MIREX)**  
 Dirección de Legalización de Documentos  
**APOSTILLE**

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. País: REPÚBLICA DOMINICANA  
 Country/Pays

**El presente documento público**  
 This public document / Le présent acte public

2. ha sido firmado por: GISELLE OTERO NIEVES  
 has been signed by / a été signé par

3. quien actúa en calidad de: DIRECTORA JURIDICA INTERINA  
 acting in the capacity of / agissant en qualité de

4. y está revestido del sello / timbre de : MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
 bears the seal / stamp of  
 est revêtu du sceau / timbre de

**Certificado**  
 Certified / Attesté

5. en: SANTO DOMINGO  
 at / à

6. el día: 11-05-2018  
 the / le

7. por :  
 by / par

LEUCIVIDYS MINAYA - ENCARGADO DE RECEPCION

8. bajo el número :  
 N° / sous n°

2018-95304

9. sello / timbre:  
 seal / stamp  
 sceau / timbre

10. firma :  
 signature / signature

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN**  
**FGZARKSBJVN35X9**



Para consultar la veracidad de este documento entre a [www.mirex.gov.do](http://www.mirex.gov.do) MIREX

En caso de que este documento vaya a ser usado en un país no parte de la Convención de la Haya del 5 de octubre de 1961, deberá ser legalizado en el consulado o embajada correspondiente.

EN: To consult the veracity of this document go to [www.mirex.gov.do](http://www.mirex.gov.do)

In case that this document is going to be used in a country that is not a Party of the Hague Convention of 5 October 1961, it shall be legalized at the corresponding consulate or embassy.

FR: Pour consulter la véracité de ce document entrez à [www.mirex.gov.do](http://www.mirex.gov.do)

Dans le cas où ce document soit utilisé dans un pays qui n'est pas partie de la Convention de la Haye du 5 octobre 1961, il devra être légalisé au consulat ou ambassade du pays correspondant.







0234374

República Dominicana  
Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología

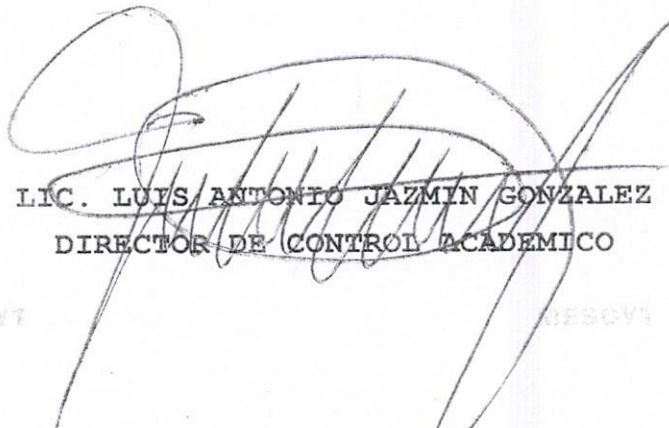
CERTIFICACION DE COPIA DE TITULO

Número de documento: 6401207-4-1

Certificamos que el título a nombre de YOEL DANIEL GARCIA TAVERAS, de la carrera MEDICINA, registrado en fecha 11/07/15 bajo el no.38970 folio 81 del libro 11, expedido por la UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SANTIAGO (UTESA), cumple con todos los requisitos establecidos en el plan de estudio de la carrera; por lo cual se considera bueno y válido el título obtenido de MEDICO.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
CIENCIA Y TECNOLOGÍA  
(MESCYT)

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada, en Santo Domingo de Guzman, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los ONCE (11) días del mes de MAYO del año DOS MIL DIECISEIS (2016).

  
LIC. LUIS ANTONIO JAZMIN GONZALEZ  
DIRECTOR DE CONTROL ACADÉMICO



NOTA: Esta certificación será válida, siempre y cuando no sufra borraduras ni alteraciones en su contenido. A VCA.

(Este documento será válido si presenta los sellos de la institución)







Republica Dominicana  
**Ministerio de Relaciones Exteriores**  
**MIREX**

**APOSTILLE**

(Convention de la Haye du 5 octobre 1961)

1. País:  
Country

República Dominicana

**El presente documento público**  
This public document

2. Ha sido firmado por:  
Has been signed by

LUIS ANTONIO JAZMIN GONZALEZ

3. Actuando en calidad de:  
Acting in the capacity of

DIRECTOR DE CONTROL ACADEMICO

4. Llevando el sello/timbre  
de:  
Bears the seal/stamp of

MINISTERIO DE EDUCACION SUPERIOR, CIENCIA Y  
TECNOLOGIA

**Certificado**  
Certified

5. En: Santo Domingo  
At

6. El: 2017-07-04  
Date

7. Por: LEUCIVIDYS MINAYA - ENCARGADO DE RECEPCION  
By

8. No: 2017-130538

9. Sello/Timbre  
Seal/stamp

10. Firma  
Signature

Código de Verificación (CV): **Z1FGHJ65SYBM2T8**

Para consultar la veracidad de este documento entre a [www.mirex.gov.do](http://www.mirex.gov.do)

En caso de que este documento vaya a ser usado en un país no parte de la Convención de la Haya del 5 de octubre de 1961, deberá ser legalizado en el consulado o embajada correspondiente.







# UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SANTIAGO

## UTESA

Fundada el 12 de noviembre de 1974  
en Santiago de los Caballeros, República Dominicana

### LA FACULTAD DE Ciencias de la Salud CONFIERE EL TÍTULO DE Doctor en Medicina



IFICACION

*Joel Daniel García Taveras*

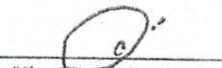
*Tomando en cuenta que ha cursado y aprobado satisfactoriamente sus estudios y cumplido con todos los requisitos legales y académicos de acuerdo con las leyes dominicanas y con los estatutos y reglamentos de la universidad.*

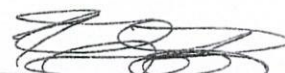
*En testimonio de ello, le expide el presente Título que respalda con las firmas y los sellos correspondientes, en Santiago de los Caballeros, República Dominicana, a los 11 días del mes de Julio del año 2015.*

  
Director de Registro

  
Secretario General



  
Vice-Rector Académico

  
Rector

Registrado bajo el No. 38970 Folio 81 del libro de grados y títulos No. 11





# UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SANTIAGO, UTESA

Reforma del presente con visión de futuro

“Educando para el Desarrollo Sociocultural”

Santiago de los Caballeros, Rep. Dom.  
22 de mayo de 2018


## A QUIEN PUEDA INTERESAR

Tenemos a bien informarle que el **Dr. Yoel Daniel García Taveras**, cédula No. **402-2097136-6** egresado de la carrera de **Doctor en Medicina** de la Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA, el cual conozco desde hace varios años, cursó con este servidor diferentes asignaturas en las cuales siempre reflejó un nivel de estudio satisfactorio y un cumplimiento excelente de las labores que le fueron asignadas.

Me permito destacar en este profesional su admirable disciplina, madurez y responsabilidad en su desempeño académico, así como su excelente capacidad de adaptación y gran iniciativa lo convierten en el estudiante idóneo para realizar el **Post Grado** objeto de la presente solicitud.

El Dr. García Taveras cuenta con la capacidad académica para desarrollar este post grado satisfactoriamente debido a su potencial. En tal sentido la selección de su Universidad ha venido motivada por el alto nivel de recursos con los que cuenta el plan de estudios y el prestigio de la misma.

Para los fines correspondientes, le saluda muy atentamente.

  
**Dr. Ouel Alveris Sosa Veras**  
Director Carrera de Medicina  
UTESA-Sede







UNION MEDICA DEL NORTE, S.A.S.

*La Excelencia al Alcance de Todos*

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por medio de la presente certificamos que el DR. YOEL DANIEL GARCÍA TAVERAS, con cédula No.402-2097136-6, con numero de pasaporte dominicano RD 4061715, laboró en esta institución, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, desde el 15 de julio de 2015 hasta el 25 de mayo de 2018.

El Dr. García Taveras tuvo un excelente desempeño en sus funciones y buen nivel académico.

Dada para los fines de lugar a solicitud de la parte interesada, a los treinta (30) días del mes de mayo del año 2018.

Atentamente,

Dra. María Concepción Robledo  
Jefa de Enseñanza





Santiago, 25 de mayo del 2018

## A quien pueda interesar:

Cordialmente extendiendo un saludo, pero a la vez quiero dar constancia que él Dr. **Yoel Daniel García Taveras** ced: **402-2097136-6** pasaporte: **RD4061715** perteneció al staff de médicos generales de la clínica **Unión Médica del Norte** .

Durante todo el tiempo demostró ser un médico dedicado, trabajador, con capacidad de resolver problemas y sobre todo gran compañerismo, superando así los objetivos planteados de la institución.

Puedo asegurar que podría integrarse a dicho post-grado y desempeñar con éxito las actividades y objetivos asignados.

Si desean más información, no duden en contactarme.

Sin otro particular, se despide.

Atentamente,



**Dra. Natalia García**  
Neumóloga  
Clínica Unión Médica del norte  
Torre B suite 627  
809-399-3685





Santiago, 25 de Mayo 2018

**A quien pueda interesar:**

Por medio de la presente extendiendo un cordial saludo, y certifico que **Yoel Daniel García Taveras** ced: **402-2097136-6** pasaporte: **RD4061715** , perteneció al staff de médicos generales de la clínica Unión Médica del Norte.

Puedo decir que el Dr. García, se destaca por las cualidades como dedicación, constancia, organización y capacidad de trabajo en equipo. Por todos estos motivos, considero que puede ser un buen candidato para ocupar cualquier puesto en el área de post-grado de dicha universidad u hospital.

Cualquier información adicional, me reitero a sus gratas órdenes.

Atentamente,

  
  
**Dr. Jean Luis Bergés**  
Otorrinolaringólogo  
Clínica Unión Médica del norte  
Torre A suite 305  
849-353-5301





Santiago, 30 de mayo del 2018

### A QUIEN PUEDA INTERESAR

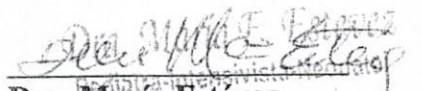
Cordialmente me dirijo a ustedes para dar constancia de que he sido profesora en la Universidad Tecnológica de Santiago de **Yoel Daniel García Taveras** ced: 402-2097136-6 pasaporte: **RD4061715**, por lo tanto puedo asegurar que es una persona responsable, organizada, estudiosa y sobre todo buen compañero.

Durante sus estudios, demostró un carácter colaborador, gran capacidad de trabajo y buena disposición para trabajar en equipo.

Puedo decir que el Dr. García podría integrarse sin problema en cualquier tipo de post-grado y desempeñar con éxito cualquier actividad relacionada con los estudios.

Si desean más información, me reitero a sus órdenes.

Sin otro particular, se despide

  
**Dra. María Estévez**  
Pediatra intensivista Neonatal  
Clínica Unión Médica del norte  
Suite Torre B627  
809-979-2820





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007244**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: ALCIDES NAPOLEON VENTURA

**RD\$**

TRES MIL VEINTE CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

007244 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo 2018-400764 Comprobante No. 2018-400764 Fecha 2018/05/28

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.0002-21121 Educación - Contratos FESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018 <b>PAGADO</b> 032 00025716-6 <b>28 MAY 2018</b> Tesorería Ayud.			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **007245**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: **HERMOGENES CAPELLAN INFANTE**

**RD\$**

2 360 00

DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA CON 00/100

**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL



*MAYO*

FIRMA(S)

007245# 21411272713#01202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000764 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Hermogenes A Capellan</i> <i>0320005569-1</i>			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007246**

DIA	MES	AÑO
1	5	18

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: ROSANNI BONILLA CANDELARIO **RD\$** 10 000 00

DIEZ MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

#007246# 2141127271301202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 10012 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000764 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>14.00.0002-21121-Educación - Contraloría P&amp;S DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018</p> <p><i>ROSANNI BONILLA- 032-0025582-6 Candelario</i></p> <p><i>0320005569-1</i></p>			10,000.00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007247**

DIA	MES	AÑO
1	5	2018

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: JUANA DEL CARMEN FERNANDEZ ARIAS

**RD\$**

DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

007247 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000764 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
FLJA - 14.00.002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018 <b>XXX</b>			2.000,00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_ Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educacion, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Sueldos al personal contratado e igualado	21.740.00

Total General RD\$ 21.740.00

*Mónica Estrella Díaz*  
Contador Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Tesorero  
Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 21.740.00

supuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 presupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 nqinai- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



Form. N° \_\_\_\_\_  
 Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE N° 2018-000784  
 FECHA 28/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_ Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0002-21121 Educación - Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-21121 Educación - Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018  
*Rosmini Benicio 2*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Sueldos al personal contratado e igualado	21,740.00

*Maria Esther Díaz*  
 Contador

*[Signature]*  
 Contralor Municipal

*[Signature]*  
 Tesorero

*[Signature]*  
 Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	21,740.00
Retenciones	?
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: 0-Transi- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contratación; 4-Presupuesto  
 vassquez



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/05/2018

N° Comprobante: 2018-000764

**Se solicita la emisión de cheque a favor de:**

14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG

**Por Valor de RD\$** 21,740.00

VEINTIUN MIL SETECIENTOS CUARENTA CON 00/100 PESOS

**Por Concepto de:**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

**Elaborado por**

**Revisado por**

**Autorizado por**

Yvasky Vasquez  
Nombre

Miguel Angel Cid  
Nombre

Antolino GERNASEN  
Nombre

Encargada de Nomina  
Cargo

Controlador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Yvasky Vasquez  
Firma

Miguel Angel Cid  
Firma

[Firma]  
Firma





**TESORERIA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG**  
**PARTIDA: 14.00.0002-2.1.1.2.01**  
**MES DE MAYO DEL AÑO 2018**

VALORES EN RD\$

N° Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0012 ALCIDES NAPOLEON VENTURA	DIRECTOR DE LA BIBL	032-0015716-6	3,020.00	0.00	0.00	3,020.00	CK-N°7244	
0204 FRANCISCO RODRIGUEZ	CHOFER DE LA ACADI	032-0003336-7	3,500.00	0.00	0.00	3,500.00	NE-N°34	
0234 HERMOGENES CAPELLAN INFANTE PORTERO ESCOLAR		032-0005569-1	2,360.00	0.00	0.00	2,360.00	CK-N°7245	XXX
0937 JUANA DEL CARMEN FERNANDEZ A BIBLIOTECARIA		402-2413020-9	2,860.00	0.00	0.00	2,860.00	CK-N°7247	
0922 ROSANNI BONILLA CANDELARIO	SUPER. QUISQUEYA A	032-0025522-6	10,000.00	0.00	0.00	10,000.00	CK-N°7246	
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>21,740.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>21,740.00</b>		

Total Empleados: 5

Certifico que esta nómina de pago consta de 1 hojas, está correcta, que las personas enumeradas en la misma han sido legalmente nombradas, y que cada una de ellas ha rendido los servicios requeridos por la ley y reglamentaciones durante el periodo mencionado; que dichos servicios han sido ejecutados bajo mi supervigilancia y que ninguna persona cuyo nombre consta en esta nómina es pagada por periodo de ausencia con exceso del que concede la ley.

Encargada de Nomina

Encargada de Contabilidad

Contralora Municipal

Tesorero Municipal

Alcalde/sa Municipal



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007248**

DIA	MES	ANO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: ALTAGRACIA J. GONZALEZ **RD\$** 1.250.00

UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007248\* 21411272713401202108684\* 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000765 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>1400 0003 2121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE mayo DEL AÑO 2018</p> <p><i>altogracia gonzalez</i></p> <p><i>032-0024772-8</i></p>			1250.00
<b>TOTAL</b>			

**PAGADO**  
**28 MAY 2018**  
Tesoro Ayuntamiento de Tamboril

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007249**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: ANA SILVIA LORA RICHARDO **RD\$**

DOS MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

007249 2141127271301202108684 59

Cap. No. 12 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000765 Fecha 28/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>14 00 0003-21121 Salud - Salud Controlados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018</p> <p><i>Mossini Pulverto</i> <i>037-00322638</i></p>			2.000,00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007250**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: FRANCISCO MANUEL PICHARDO ESTRELLA

**RD\$**

TRES MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

\*007250\* 21411272713201202108684\* 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo 2018-000765 Comprobante No. 28/05/2018 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
FRANCISCO MANUEL PICHARDO ESTRELLA NOMBRE FUE - 14 00 0003 - 21 121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018  <i>Francisco Pichardo</i> <i>032 00 12 147-7</i>			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_ Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Sueldos al personal contratado e igualado	11.250.00

*Maria Esther Díaz Cruz*  
 Contador  
 Contabilidad  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
 Contador Municipal  
 Tesorería  
 Alcaldé  
 Gestión 2016-2020

Total General RD\$	11.250.00
Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 11.250.00

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 wasquez



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Sueldos al personal contratado e igualado	11.250.00

*Maria Esther Diaz*  
Contador

*Augusto A. Acosta*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	11.250.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monte Neto a Pagar RD\$	11.250.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Controloria; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000765

**Se solicita la emisión de cheque a favor de:**

14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG

**Por Valor de RD\$** 11,250.00

ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 PESOS

**Por Concepto de:**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG  
DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

**Elaborado por**

**Revisado por**

**Autorizado por**

Yvasty Vasquez  
Nombre

Miguel Angel Cid  
Nombre

Anyolina GERMENSEN  
Nombre

Enc. de Nomina Control  
Cargo

Control  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Yvasty Vasquez  
Firma

Aug Aced  
Firma

[Firma]  
Firma





**TESORERIA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0003-2.1.1.2.01 Salud - Salud Contratados / ESG**  
**PARTIDA: 14.00.0003-2.1.1.2.01**  
**MESES DE MAYO DEL AÑO 2018**

Hoja N°: 1 de 1  
 N° Comprobante: 2018-000765  
 Año Presupuesto: 2018

VALORES EN RD\$

N° Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0019 ALTAGRACIA J. GONZALEZ	PROMOTORA DE SALL	032-0024772-8	1,250.00	0.00	0.00	1,250.00	Ck-N°7248	<i>Altigracia Gonzalez</i>
0033 ANA SILVIA LORA PICHARDO	PROMOTORA DE SALL	032-0016230-7	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	Ck-N°7249	<i>Ana Silvia Lora Pichardo</i>
0203 FRANCISCO MANUEL PICHARDO ESPROMOTOR		032-0012147-7	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	Ck-N°7250	<i>Francisco Manuel Pichardo</i>
0222 GILBERTO RAFAEL PEREZ	AYUDANTE DEL FUMIC	032-0004998-3	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	NE-N°35	
0424 MARITZA HILARIO SANTOS	PROMOTORA DE SALL	031-0129362-3	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	NE-N°35	
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>11,250.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>11,250.00</b>		

**Total Empleados: 5**

Certifico que esta nómina de pago consta de 1 hojas, está correcta, que las personas enumeradas en la misma han sido legalmente nombradas, y que cada una de ellas ha rendido los servicios requeridos por la ley y reglamentaciones durante el período mencionado; que dichos servicios han sido ejecutados bajo mi supervigilancia y que ninguna persona cuyo nombre consta en esta nómina es pagada por período de ausencia con exceso del que concede la ley.

*[Firma]*  
 Encargada/a de Nómina

*[Firma]*  
 Encargada/a de Contabilidad

*[Firma]*  
 Contralora Municipal

*[Firma]*  
 Alcalde/sa Municipal

*[Firma]*  
 Tesorera



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **007273**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: GRUPO DE VIDAS DELMS VILLAR **RD\$**






**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

⑈007273⑈ 21611272713001202108684⑈ 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-100753 Fecha 29/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
 			15,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.

031-0485311-8



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 031-04853118 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO GRUPO DE VIDAS O LUIS VILLAR *[Signature]*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO POR LA SUMA RD\$15,000.00 POR CONCEPTO DE PRESENTACION ARTISTICA PARA LA CELEBRACION DEL DIA DE LA MADRES, EN EL PARQUE TRINA DE MOYA, EL DIA 27/05/2018

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.2.08.6.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Eventos generales	15.000.00

*Luis Aponte Villar*  
031-04853118



CK# 7273  
COMP. 0783



*Maria Esther...*  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	15.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	13.000.00

partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000901 RNC/CEDULA 031-04855118 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO GRUPO DE VIDAS O LUIS VILLAR *[Signature]*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108864 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO POR LA SUMA RD\$15,000.00 POR CONCEPTO DE PRESENTACION ARTISTICA PARA LA CELEBRACION DEL DIA DE LA MADRES, EN EL PARQUE TRINA DE MOYA EL DIA 27/05/2018

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.2.08.6.01	13	20	1955	100	0	4203	Eventos generales	15,000.00

*[Signature]*

031-04855118

CK# 7273  
COMP. 0783

*[Signature]*  
Contador

Contralor Municipal

Total General RD\$ 15,000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Presidente Concejo Municipal

Tesorero

(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Alcalde

Monto Neto a Pagar RD\$ 15,000.00

Partida Extrapresupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000783

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

GRUPO DE VIDAS O LUIS VILLAR

Por Valor de RD\$ 15,000.00

QUINCE MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO POR LA SUMA RD\$15,000.00 POR CONCEPTO DE PRESENTACION ARTISTICA

PARA LA CELEBRACION DEL DIA DE LA MADRES, EN EL PARQUE TRINA DE MOYA EL DIA 27/05/2018

Elaborado por

Mania Esther Diaz  
Nombre  
contadora  
Cargo

Cargo

Mania Esther Diaz  
Firma

Firma

Revisado por

Miguel Angel Cid  
Nombre  
Contador  
Cargo

Cargo

Miguel Angel Cid  
Firma

Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre  
ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Cargo

Antolino Germosen  
Firma

Firma

mdiaz







Agrupación Musical Vidas  
 Coht: 809.303.5247 | 809.446.7886 | 809.670.9965  
 E-mail: grupo-vidas2010@hotmail.com  
 @VidasOfficial

**FACTURA**

FECHA		
DIA	MES	AÑO
27	5	18

Señores: Wagner de Lombard RNC: \_\_\_\_\_

Dirección: Lombard

Tel: 809 760 9045 Condición \_\_\_\_\_

Cant.	Descripción	Precio	Total
	Fiesta del día de las madres	15000.00	
Fapas de regalos al K a nombre de Luis Alfredo Vides			

Sub Total \_\_\_\_\_

ITBIS (18%) \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

**PAGADO**  
 30 MAY 2018  
 Tesorería Ayuntamiento  
 RD \$ 15000.00  
 RD \$  
 RD \$



Despachado por: \_\_\_\_\_



Recibido por: \_\_\_\_\_





Santiago, Rep. Dom.  
grupo-vidas2010@hotmail.com  
@VidasOfficial

Cel. 809.303.5247  
Cel. 829.403.7866  
Tel. 809.570.9965

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ARTÍSTICOS

El presente contrato, vincula por una parte a la Agrupación Musical Vidas con sede social en Santiago de los Caballeros, Republica Dominicana., Cont.: 809.303.5247, a quién en lo sucesivo se denominará “**el grupo**” y por la otra, a la entidad, empresa, persona jurídica o persona física con nombre:

Ramon Custodio  
Cedula: 0320037305-2 y teléfono 829-760-9045, a quien en lo sucesivo se denominará como “**la parte contratante**”. Dicho contrato se establece para la actuación que tendrá lugar el día 27 de mayo de 2018 en la Ciudad de:

Tambora, Santiago de los Caballeros,  
municipio de Tambora con hora de comienzo a las 9:PM y consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** La parte **contratante** declara y acepta conocer el estilo musical del **grupo**, el cual actuará en el evento para el cual se firma este contrato.

**SEGUNDA:** La parte contratante pagará al grupo en efectivo, En cheque o ingreso bancario a la CTA. BANCO BHD LEON:

10103340012(\$ 15,000.00 ). Por la actuación contratada y un 25% a 50% por adelantado (\$ — ). Dicho pago se efectuará antes del comienzo de la actuación o a la finalización de la misma.

**TERCERA:** La duración de la actuación y/o presentación del **grupo**, como compensación del pago realizado, oscilará entre las 2:30 horas como mínimo y a los 30 minutos como máximo.





**CUARTA:** La parte **contratante** podrá cancelar el presente **contrato**, sin responsabilidad alguna para ella, cuando por causas de fuerza mayor justificada o fenómenos naturales, la actuación contratada no pudiese realizarse. La parte **contratante** deberá en tal caso, avisar al **grupo** con un mínimo de **12 horas** de antelación. Si no se produjese el citado aviso, el **grupo** estará en su derecho de solicitar el **25%** del importe acordado en el presente contrato como compensación.

**QUINTA:** el contratante anunciará y presentará a la agrupación.

En forma Destacada y como atracción de la misma (nota si es fiesta publica), de lo contrario no.

**SEXTA:** La parte contratante deberá habilitar un camerino o espacio similar, para que el grupo pueda depositar sus instrumentos musicales, así como cambiarse de ropa antes de la actuación. Como contrapartida, el grupo se compromete a cuidar y respetar el mobiliario de dicho espacio.

**SÉPTIMA:** La parte contratante debe proporcionar al grupo, agua potable, preferiblemente en botellas (mínimo una por cada integrante) para hacer uso de ellas durante la actuación.

**OCTAVA:** Si la actuación contratada se realiza fuera de la isla de Republica Dominicana, la parte contratante correrá con los gastos de transporte, alojamiento y manutención, excepto, que se llegue a un acuerdo con el grupo para que éste se haga cargo de alguno de esos gastos. Esta excepción debe ser especificada en un ANEXO a este contrato.





**NOVENA:** El horario de la actuación contratada será de mutuo acuerdo entre la parte contratante y el representante del grupo, debiéndose cumplir dicho horario. En caso de no poder cumplirse, la parte contratante debe notificarlo al representante del grupo, el cual podrá cancelar este contrato, sin responsabilidad alguna para el grupo, si el retraso superase las dos horas. En este caso, la parte contratante deberá pagar al grupo el 25% del importe acordado. Así mismo, el grupo se compromete a estar en el lugar de la actuación con una antelación mínima de hora y media para realizar la prueba de sonido.

**DÉCIMA:** Las partes manifiestan que la firma de éste documento y los compromisos contraídos en él, son producto de la buena fe y de un acuerdo de voluntades, por lo que realizarán todas las acciones necesarias para su debido cumplimiento. En caso de presentarse alguna discrepancia sobre su interpretación, las partes la resolverán de común acuerdo.

**UNDÉCIMA:** Si la parte contratante no cumpliera alguna de las cláusulas reflejadas en este contrato, el grupo estará en su derecho de abandonar la actuación y de reclamar a la parte contratante el 25% del importe acordado.

Día 26 de mayo de 2018



  
FIRMA DEL CONTRATANTE







# *Ayuntamiento de Tamboril*

## **Departamento de Cultura**

25 de Mayo 2018

**De: Ramon Leocadio Castillo**  
**Enc. Departamento de Cultura Y Artes**

**Para: Anyolino Germosén**  
**Alcalde Municipal**

**ASUNTO: SOLICITUD DE CONTRATACION DE GRUPO MUSICAL Y PARA LA ACTIVIDAD DE CELEBRACION DE LAS MADRES.**

Antes que todo queremos saludarle y agradecerle por todo el apoyo que usted ha venido dando a nuestro departamento de cultura, en esta ocasión nos dirigimos a usted para solicitar la contratación de un grupo musical, para amenizar la actividad que realizaremos este domingo 27 en el Parque Trina de Moya, con motivo a celebración del día de las madres. Son otro particular, se despide,

**Ramon Leocadio Castillo**  
**Enc. Departamento de Cultura Y Artes**







PAGADO  
30 MAY 2010



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007274**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

MARLENIS PERALTA REYES

**RD\$**

1 000 00

UN MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*

\_\_\_\_\_  
FIRMA(S)

007274 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo 2018-000792 Comprobante No. 7547-2018 Fecha 15 JUN 2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	1.000.00 A	14.000	Símbolo	4.01	Becas Naciona	Unidad Organizativa	Valor
<p>ESTAMPANTE DE LOS EN LA NOMINA DE DELA EL CORAL NO SALIO POR ERROR EN NOMINA ELECTRONICA CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO</p> <p><i>marlenis peralta Reyes</i> <i>037-0120578-1</i></p>							1000.00
<b>PAGADO</b> <b>15 JUN 2018</b> Tesorería Ayuntamiento de Tamboril							TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 037-0120878-1      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARLENIS PERALTA REYES      *marlenis Peralta Reyes*  
 DIRECCION EL TORO, CANCA LA PIEDRA      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO LA SUMA DE RD\$ 1,000.00 A ESTUDIANTE INCLUIDA EN LA NOMINA DE BECA, EL CUAL NO SALIO POR ERROR EN NOMINA ELECTRONICA, CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.4.01.4.01	1.3	30	9998	102	0	4409	Becas Nacionales	1,000.00

*marlenis Peralta Reyes*  
*037-0120878-*

**PAGADO**  
**15 JUN 2018**  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK# 7274  
comp. 5792

*Maria Esther Diaz Cruz*  
Contador      Contador Auxiliar

Presidente Consejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorera  
2016-2020

Total General RD\$	1,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	1,000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contratons; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 037-0120878-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARLENIS PERALTA REYES *marlenis Peralta Reyes*  
 DIRECCION EL TORO, CANCA LA PIEDRA TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO LA SUMA DE RD\$ 1,000.00 A ESTUDIANTE INCLUIDA EN LA NOMINA DE BECA, EL CUAL NO SALIO POR ERROR EN NOMINA ELECTRONICA, CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	OF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.4.01.4.01	1.3	30	9998	102	0	4409	Becas Nacionales	1,000.00

*marlenis Peralta Reyes*  
*037-0120878-*

*CKH 7274*  
*comp. 5792*

*María Esther Díaz Cruz*  
Contador Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)  
*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	1,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	1,000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Uniqnal- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 29/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000792

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARLENIS PERALTA REYES

Por Valor de RD\$ 1,000.00 -

UN MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO LA SUMA DE RD\$ 1,000.00 A ESTUDIANTE INCLUIDA EN LA NOMINA DE BECA, EL CUAL NO SALIO POR ERROR EN NOMINA ELECTRONICA, CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

*Yolasty Vasquez* *Miguel Angel Cid*

Nombre

Nombre

*ANTOLINO GERMOSEN*

Nombre

*Enc de nómina* *Controlador*

Cargo

Cargo

*ALCALDE MUNICIPAL*

Cargo

*Yolasty Vasquez* *Amor*

Firma

Firma

Firma



yvasquez





Cuatrimestre: 2-2018

Núm. rec.: 03121692

NCF: B0200009543

COMPROBANTE PARA CONSUMIDOR FINAL

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SANTIAGO

UTESA

UTESA- SEDE SANTIAGO

Dirección de Registro  
REPORTE DE INSCRIPCIÓN

4/May/2018

11:38:59

RNC: 401052611

Matrícula: 1-18-2773

Nombre: MARLENIS PERALTA REYES

Carrera: PSICOLOGIA

49

EF

CLAVE	NOMBRE ASIGNATURA	CR.	HORARIO - AULA
ESP-095-017	LENGUA ESPAÑOLA BASICA	4	L7:00,7:45,V5:30,6:15 pm - B526 A306
MAT-095-009	MATEMATICA BASICA	4	L4:00,4:45,J4:45,5:30 pm - B406 B307
MED-010-080	LAB. BIOLOGIA I	1	V7:00,7:45 pm - A124
MED-100-027	BIOLOGIA I	3	MI4:00 a 6:15 pm - A401
ORI-112-053	ORIENTACION UNIVERSITARIA	2	L5:30,6:15 pm - A512
SIC-102-007	INTROD. A LA PSICOLOGIA	4	MA6:15,7:00,MI7:00,7:45 pm - B324 A305

Total de Créditos: 18

Admisión: 300.00

Carnet: 25.00

Inscripción: 2,200.00

Seguro Accidentes Personales: 100.00

Cargo Laboratorio: 0.00

**Costo de Inscripción: RD\$ 2,625.00**

Carnet: 75.00

Cargo Créditos: 8,100.00

**Monto del cuatrimestre: RD\$ 10,800.00**

(Valor total del carnet 100.00)

25 may - 10 jun: 1er. Pago 2,050.00

25 jun - 10 jul: 2do. Pago 2,050.00

25 jul - 10 agost: 3er. Pago 2,050.00

Hasta el 31 agost: 4to. Pago 2,025.00

Contraseña internet: 946596

Seguro de Accidentes Personales, ver información en: [www.utesa.edu](http://www.utesa.edu) sección Estudiantes.

\* Inicio docencia estudiantes regulares: 14 de mayo. sabatinos: 12 de mayo

\* Retiro válido para Tesorería: Del 14 al 26 de mayo.

Indice acumulado: 0.0

El uso del carnet es obligatorio para ingresar al Recinto, permanecer en las aulas y solicitar cualquiera de los servicios.





Santiago De Los Caballeros, República Dominicana

Licenciado Anyolino Germosén

Síndico de Tamboril

Distinguido Sr. Germosén,

Mi nombre es Marlenis Peralta Reyes y estoy interesada en cursar la carrera de Psicología en la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA). A mis 26 años he tomado la decisión de formarme como profesional, con el propósito de aportar a mi país los conocimientos que pueda adquirir durante esta formación de grado y dar ejemplo a mi hija de 5 años para que en el futuro pueda ser una profesional como su madre. Escogí Psicología por mi incansable deseo de ayudar a los demás.

Me dirijo a usted para solicitar ayuda económica en medida de lo posible para poder alcanzar mi sueño de ser Psicóloga, ya que el costo de la carrera sobrepasa mis posibilidades económicas. Sin su ayuda sería difícil lograrlo ya que tengo una familia a la cual mantener y mis ingresos no cubren los gastos universitarios.

Estética

En espera de su respuesta y agradecida por su atención.

Cordialmente,

Marlenis Peralta

*Marlenis Peralta Reyes*

*1.000.00 RD Mill  
Peso CRO.*





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
D059BRRD00000000001202108684

No. **007275**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

MARIA NATALIE GUZMAN

**RD\$**

9.990.00

TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA CON (00/100)

**BanReservas**

**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007275# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 174 Sub-Objeto EXTRA Fondo 2018-000794 Comprobante No. 007275 Fecha 01/06/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Maria Natalie Guzman</i> <i>032-0039846-3</i>			
<b>PAGADO</b> <b>01 JUN 2018</b> <b>Tesorería Ayuntamiento</b>			TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 0320039848-3 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MARIA NATALIE GUZMAN *Maria Natalie Guzman*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA ECONOMICA A DICHA JOVEN DE RD\$3,990.00 PARA EL PAGO DE SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.990.00

*Maria Natalie Guzman*  
*032-0039848-3*

**PAGADO**  
01 JUN 2018  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK# 7275  
comp. 0794

*Maria Esther Cruz*  
Contador  
Presidencia Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Contador Municipal  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	3.990.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.990.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 0320039846-3 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MARIA NATALIE GUZMAN *Mariawaltes Guzman*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educacion, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA ECONOMICA A DICHA JOVEN DE RD\$3,990.00 PARA EL PAGO DE SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.990.00

*Maria N. Guzman*  
*RNC: 0007846-3*

*CK# 7275*  
*COMP. 0794*

*Maria Esther Cruz*  
 Contador

*[Signature]*  
 Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmarse es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
 Tesorero

*[Signature]*  
 Alcalde

Total General RD\$	3.990.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.990.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 Volante



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 30/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000794

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARIA NATALIE GUZMAN

Por Valor de RD\$ 3,990.00

TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA ECONOMICA A DICHA JOVEN DE RD\$3,990.00 PARA EL PAGO DE SUS ESTUDIOS UNIVERSIATARIOS.

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel C. I.  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Angel C. I.  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSÉN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma





Maria. natalie Guzmán  
C/Henrique Erazo, Tamboril  
Cel: 829-606-6670.

Ayuntamiento de Tamboril

a la atención del Alcalde:

Santiago, 29 de mayo del 2018

Mediante la siguiente carta,  
solicito una ayuda para mi estudios  
universitarios, para así continuar  
estudiando dicha carrera. ya que  
por el momento estoy desempleada.

Atentamente.

  
Maria Natalia Guzmán  
032-0039846-3.







# UNIVERSIDAD DOMINICANA O&M

Av. Bartolome Colon # 4, Santiago, República Dominicana  
Tel.: 809-583-4504 • 809-583-5188

S-S-E No. **085188**

LOS PAGOS DE AVANCE  
E INSCRIPCIONES  
NO SON REEMBOLSABLES

## COMPROBANTE DE CAJA

MARIA NATALIE GUZMAN MONSANTO

HEMOS RECIBIDO DE:

DOS MIL NOVENTA PESOS

LA SUMA DE:

• IRR PAGO DE MENSUALIDAD - PAGO DE I RECARGO

POR CONCEPTO DE:

15-MPDS-7-060 LICENCIATURA EN EDUCACION MENCION CIENCIAS DE LA EDUCACION

MATRICULA No.

DEUDA ANTES DE ESTE PAGO	\$7,600.00	
SUMA PAGADA	\$2,090.00	
BALANCE DEUDOR	\$5,700.00	

BALANCE SUJETO A CONFIRMACION

MINERVA HERNANDEZ

CAJERO

FECHA  
10/7/2018

ATENCION: VERIFIQUE SU NOMBRE Y SU MATRICULA





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA

*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007192**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

**RD\$**



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007192 2141127713401202108684 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Hector Rodriguez</i> <i>032.6010064-6</i>			
			TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.





Ayuntamiento Municipal de Tamboril

COMPROBANTE DEL GASTO

COMPROBANTE N° 2018-00054

FECHA 25/04/2018

COMPROBANTE: Gasto

Etapas: Com

Dev

Pag

CLASE DOCUMENTO: Original

Modificación

Com. que modifica

Tiene Factura:

DIGO BENEFICIARIO: 000253 RNC/CEDULA 032-0034667-8

Orden Compra

BENEFICIARIO COLMADO LAURA O JOSE L. VEGA *Viceto Rodriguez*

DIRECCION CALLE REAL NUM 136

TELEFONO 809-570-8540

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA SUMA RD\$27470.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR CONCEPTO ALIMENTOS PARA SER DONADOS A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, DADO POR MEDIO DEL OPERATIVO LA ASISTENCIA SOCIAL VA A TU COMUNIDAD, QUE DIRIGE LA VICEALCALDESA ROSELY VERAS  
[CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 27,470.00 x 5% = 1,373.50 ;]

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	27.470.00

*Viceto Rodriguez*  
*032-0010064-6*



CK# 7192  
Comp. 05



Total General RD\$ 27.470.00

<b>Retenciones</b>	
Total ISR Retencion del 5% para	1,373.50
Total Retenciones	1,373.50
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>26.096.50</b>

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Orden de Ejecución: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica:  Tiene Factura:

CÓDIGO BENEFICIARIO: 000253 RNC/CEDULA 032-0034007-8 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO COLMADO LAURA O JOSE L. VEGA *Hector Rodriguez* TELEFONO 809-570-8640

DIRECCION CALLE REAL NUM 136

CTA. BANCARIA 1202108694 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA SUMA RD\$27470.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR CONCEPTO ALIMENTOS PARA SER DONADOS A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, DADO POR MEDIO DEL OPERATIVO LA ASISTENCIA SOCIAL VA A TU COMUNIDAD, QUE DIRIGE LA VICEALCALDESA ROSELY VERAS  
 [CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 27,470.00 x 5% = 1,373.50 ]

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	27.470.00

*Hector Rodriguez*  
 032-0034007-8

*CKH 7192*  
*10 MP. 0514*

*[Signature]*  
 Contador

*[Signature]*  
 Contralor Municipal

*[Signature]*  
 Tesorero

*[Signature]*  
 Presidente Concejo Municipal

*[Signature]*  
 Alcalde

Total General RD\$	27.470.00
<b>Retenciones</b>	
Total ISR Retencion del 5% para	1.373.50
Total Retenciones	1.373.50
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>26.096.50</b>

Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Inicial-Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/04/2018

Nº Comprobante: 2018-000544

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

COLMADO LAURA O JOSE L. VEGA

Por Valor de RD\$ 26,096.50

VEINTISEIS MIL NOVENTA Y SEIS CON 50/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO DE LA SUMA RD\$27470.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR CONCEPTO ALIMENTOS PARA SER DONADOS A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, DADO POR MEDIO DEL OPERATIVO LA ASISTENCIA SOCIAL VA A TU COMUNIDAD, QUE DIRIGE LA VICEALCALDESA ROSELY VERAS

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

María Esther Díaz

Nombre

Contadora

Cargo

María Esther Díaz

Firma

Miguel Ángel Díaz

Nombre

Controlador

Cargo

[Firma]

Firma

ANTOLINO GERMOSEN

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

[Firma]

Firma









## RELACION DE FACTURAS COLM. LAURA

FECHA	NUM. FACT.	MONTO
02/03/2018	8554	RD\$500.00
02/03/2018	8651	RD\$500.00
02/03/2018	8658	RD\$500.00
02/03/2018	8553	RD\$500.00
02/03/2018	8667	RD\$500.00
02/03/2018	8661	RD\$500.00
02/03/2018	8660	RD\$500.00
02/03/2018	8559	RD\$500.00
02/03/2018	8654	RD\$500.00
02/03/2018	8652	RD\$500.00
02/03/2018	8663	RD\$500.00
02/03/2018	8551	RD\$500.00
02/03/2018	8558	RD\$500.00
02/03/2018	9815	RD\$800.00
14/04/2018	9835	RD\$500.00
16/04/2018	9729	RD\$500.00
09/04/2018	9046	RD\$500.00
06/04/2018	9620	RD\$1,000.00
05/04/2018	9494	RD\$500.00
05/04/2018	9493	RD\$500.00
05/04/2018	9430	RD\$500.00
03/04/2018	9517	RD\$500.00
12/03/2018	8898	RD\$3,000.00
12/03/2018	8898	RD\$3,000.00
03/04/2018	9536	RD\$500.00
03/04/2018	9515	RD\$500.00
03/04/2018	9448	RD\$500.00
28/03/2018	9277	RD\$3,000.00
28/03/2018	9005	RD\$700.00
29/03/2018	9196	RD\$595.00
28/03/2018	9286	RD\$500.00
28/03/2018	9325	RD\$375.00
26/03/2018	9174	RD\$500.00
23/03/2018	9145	RD\$1,500.00
20/03/2018	9173	RD\$500.00
04/04/2018	9199	RD\$500.00

**RD\$27,470.00**



# Recibo

No. \_\_\_\_\_

RECIBÍ DE: Ayuntamiento de Tamboril FECHA: 02 de 05 de 2018

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS RD\$ 27,470.00

POR CONCEPTO: Pagos de ayudas productos comestibles

EFFECTIVO  CHEQUE   
CHEQUE No. 7192  
BANCO BAN RESERVAS

02 MAY 2018

José Luis Vega  
FIRMA



## AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL

Tels.: 809-586-6491 • 809-580-5656 • Tamboril, R. D.

Gestión: 2010-2016

RNC: 402-00223-2

ORDEN DE COMPRA 086338

Fecha: 3/5/2018

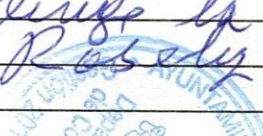
Señor: Colmado Laura O

Dirección: José L Vega

Sírvase despachar a nuestra cuenta los siguientes artículos.

CANT.	Artículos
<u>27.470.00</u>	<u>Veintisiete mil cuatrocientos setenta Pesos</u>
	<u>27.470.00</u>
	<u>Siete mil cuatrocientos setenta Pesos</u>
	<u>Dado Para ser utilizado</u>
	<u>Por concepto de pago</u>
	<u>de alimentos para ser</u>
	<u>Donados a personas de</u>
	<u>Escasos Recursos</u>
	<u>Economico Dado Por</u>
	<u>Medio del operador</u>
	<u>de asistencia social</u>
	<u>ya a tu comunidad que</u>
	<u>dirige la Vicepresidenta</u>
	<u>Rosely Torres</u>

02 MAY 2018



TOTAL RD\$ 27.470.00



## RELACION DE FACTURAS COLM. LAURA

FECHA	NUM. FACT.	MONTO
02/03/2018	8554	RD\$500.00
02/03/2018	8651	RD\$500.00
02/03/2018	8658	RD\$500.00
02/03/2018	8553	RD\$500.00
02/03/2018	8667	RD\$500.00
02/03/2018	8661	RD\$500.00
02/03/2018	8660	RD\$500.00
02/03/2018	8559	RD\$500.00
02/03/2018	8654	RD\$500.00
02/03/2018	8652	RD\$500.00
02/03/2018	8663	RD\$500.00
02/03/2018	8551	RD\$500.00
02/03/2018	8558	RD\$500.00
02/03/2018	9815	RD\$800.00
14/04/2018	9835	RD\$500.00
16/04/2018	9729	RD\$500.00
09/04/2018	9046	RD\$500.00
06/04/2018	9620	RD\$1,000.00
05/04/2018	9494	RD\$500.00
05/04/2018	9493	RD\$500.00
05/04/2018	9430	RD\$500.00
03/04/2018	9517	RD\$500.00
12/03/2018	8898	RD\$3,000.00
12/03/2018	8898	RD\$3,000.00
03/04/2018	9536	RD\$500.00
03/04/2018	9515	RD\$500.00
03/04/2018	9448	RD\$500.00
28/03/2018	9277	RD\$3,000.00
28/03/2018	9005	RD\$700.00
29/03/2018	9196	RD\$595.00
28/03/2018	9286	RD\$500.00
28/03/2018	9325	RD\$375.00
26/03/2018	9174	RD\$500.00
23/03/2018	9145	RD\$1,500.00
20/03/2018	9173	RD\$500.00
04/04/2018	9199	RD\$500.00

**RD\$27,470.00**



CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD0000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No.

007223

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

P. FA. AYUDA FAMILIA O LEONARDO CASIMIRO

RD\$

13 000.00




PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

007223 23411272713401202108684 59

Cap. No. Sub-Objeto Fondo Comprobante No. Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
P. FA. AYUDA FAMILIA O LEONARDO CASIMIRO			
			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 430032794      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO P. SAGRADA FAMILIA O LEONARDO CASIMIRO  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$13,500.00 PARA LA REALIZACION DE LA CENA -CONCIERTO PAN Y VINO LA CUAL SE REALIZARA EL VIERNES 11 DE MAYO DEL 2018, EN EL CENTRO PARROQUIAL SAGRADA FAMILIA

*P. Fernandez Kofi*

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	13,500.00

*P. Fernandez Kofi*



CR# 7223  
COM. 062

*Mario Esteban Díaz*  
Contador  
Gestión 2016-2020  
Presidente Concejo Municipal

*[Signature]*  
Tesorero  
Alcalde  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	13,500.00
<b>Retenciones</b>	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Circulación: Original- Expediente, 1-Contabilidad, 2-Tesorería, 3-Contraloría, 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas Com.  Dev.  Pag.   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 430032794 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO P. SAGRADA FAMILIA O LEONARDO CASIMIRO  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

APORTE POR LA SUMA RD\$13,500.00 PARA LA REALIZACION DE LA CENA -CONCIERTO PAN Y VINO LA CUAL SE REALIZARA EL VIERNES 11 DE MAYO DEL 2018, EN EL CENTRO PARROQUIAL SAGRADA FAMILIA

*P. Ferrera Raf.*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	13,500.00

*R. Ferrera Raf.*

CK# 7223  
COM. 062

*Maria Esther Díaz*  
Contador

*Aug. A. A.*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	13,500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Notas: Original: Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 02/05/2018

N° Comprobante: 2018-000627

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

P. SAGRADA FAMILIA O LEONARDO CASIMIRO

Por Valor de RD\$ 13,500.00

TRECE MIL QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

APORTE POR LA SUMA RD\$13,500.00 PARA LA REALIZACION DE LA CENA -CONCIERTO PAN Y VINO LA CUAL SE REALIZARA EL VIERNES 11 DE MAYO DEL 2018, EN EL CENTRO PARROQUIAL SAGRADA FAMILIA

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Nombre

Contadora  
Cargo

Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Nombre

Contador  
Cargo

Cargo

Miguel Angel  
Firma

Firma

Autorizado por

Arbolino GERMOSÉN  
Nombre

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Cargo

Arbolino GERMOSÉN  
Firma

Firma





ARQUIDIÓCESIS DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
PARROQUIA SAGRADA FAMILIA  
TAMBORIL, REP.DOM.

VILLA FAUSTINO BARRIO VALENTIN, TAMBORIL, REP. DOM. TEL.: 809 580-9927 RNC: 430032794

Santiago de los Caballeros,  
18 de abril del año 2018

Lic. Anyolino Germosén  
Alcalde municipal.

Estimado Alcalde:

Por medio de esta misiva, me dirijo a usted, y a la institución que representa (Ayuntamiento de Tamboril), para solicitarle en donación dos garrafones de vino, los cuales serán destinados a la Cena-Concierto Pan y Vino, que realizaremos el viernes 11 de mayo a las 7:00 P.M. en el centro parroquial. El costo asciende a los 27,000.00 mil pesos dominicanos.

Este año, contaremos con la presencia de Monseñor Tomás Morel, Obispo auxiliar de Santiago, y como siempre, reiteramos nuestra invitación para que usted y los suyos participen en esta noche de encuentro y de fiesta en honor a las madres.

Aprovecho la oportunidad para saludarle, elevar a Jesús una oración por usted, su familia y su trabajo como Alcalde de nuestro querido Tamboril. Finalmente, le bendigo y quedo a su servicio.

Le anexo fotocopia de la cotización.

Fraternalmente,

*P. Leonardo Rafael Casimiro García*  
Pbro. Leonardo Rafael Casimiro García  
Administrador Parroquial



50%

13.500

trece mil  
quinientos pesos  
D.D.

VILLA FAUSTINO BARRIO VALENTIN, TAMBORIL, REP. DOM.





Cotización NO.: SP 00000000234  
 Fecha Cot.: 20/03/2018 10:11:29  
 CLIENTE.: PARROQ. SAGRADA FAMILIA  
 DIRECCION.: BARRIO VALENTIN, TAMBORIL  
 TELEFONO.: 809-580-9927

Page 1 of 1  
 Hora.: 10:11:33  
 Fecha.: 20/03/2018

SOLICITUD DE PEDIDO

CODIGO	DESCRIPCION	UND	CANT	PRECIO UNIT.	ITBIS	IMPORTE
VI02	VINOS PARA MISA	UND	36.00	750.00		27,000.00
Renqlones: <u>1</u>						<u>27,000.00</u>

Nota:  
 ESTOS PRECIOS ESTAN SUJETOS A CAMBIOS EN EL MERCADO



VENDEDOR GENERAL  
 Realizado por

*Jenis Castro*  
 Autorizado por

Gracias por Preferirnos.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **007224**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: JOANNY REYNOSO **RDS** 3.000,00

TRES MIL CON 00/100 **PESOS**  
**BanReservas** MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA(S)

007224 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 032 Fondo 032 Comprobante No. 2018-000534 Fecha 02/05/18

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Joanny Reynoso</i> <i>032-0041134-0</i>			
<b>PAGADO</b> <b>03 MAY 2018</b> <b>Tesorería Ayuntamiento de Tamboril</b>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0041134-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO JOANNY REYNOSO - *Joanny Reynoso*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA SONOGRAFIA Y VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHA SENORA EMBARAZADA DE MUY ESCASOS REUCRSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3,000.00

*Joanny Reynoso*  
*032-0041134-0*

CK# 7224  
COMP. 0634



*Maria Estrella Cruz*  
Contador  
Contabilidad  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Alcalde  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	3,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original: Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Reservado  
 mdiaz



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 02/05/2018

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0041134-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO JOANNY REYNOSO - *Joanny Reynoso*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA SONOGRAFIA Y VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHA SENORA EMBARAZADA DE MUY ESCASOS REUCRSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	OF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3,000.00

*Joanny Reynoso*  
032-0041134-0

CK# 7224  
COMP. 0634

*Maria Esther Cruz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorera

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	3,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original: Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 02/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000634

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

JOANNY REYNOSO

Por Valor de RD\$ 3,000.00

TRES MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$3,000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA SONOGRAFIA Y VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHA SENORA EMBARAZADA DE MUY ESCASOS REUCRSOS ECONOMICOS.

Elaborado por

María Esther Díaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

María Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Miguel Ángel Díaz  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Ángel Díaz  
Firma

Autorizado por

Antolino GERROSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma

mdiaz





02 de mayo 2018

Señor  
Lic. Anyolino Germosén  
Alcalde Municipal Ayuntamiento de Tamboril  
Sus manos

Vía:  
Clara Martínez

Distinguido señor:

Después de un afectuoso saludo, quiero felicitarlo por la grandiosa gestión que ha venido realizando en este municipio de Tamboril, el móvil de la misma es para solicitarle su ayuda, ya que tengo que realizarme varias analísticas y una sonografía, y soy una joven de escasos recursos económicos, por favor ayúdeme si está a su alcance Sr. alcalde.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,



*Joanny Reynoso*  
Joanny Reynoso  
032-0041134-0







# Servicio Nacional de Salud

## HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

I

Serogrupic Obstetrica

*[Large handwritten signature]*



Nombre:

*Josely Reyes*

Fecha:

*27/4/18*





# CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DR. REYES

MUNICIPIO TAMBORIL, SANTIAGO, TEL. 809-345-1824/ 809-626-2418

[Cenimadiag.reyes@gmail.com](mailto:Cenimadiag.reyes@gmail.com)

## COTIZACION

NOMBRE: YOHANNY REYNOSO

FECHA: 02-5-2018

SONOGRAFIA OBSTETRICA.....

VALOR 600.00







# Hospital Municipal de Tamboril

Tamboril, Santiago, República Dominicana  
Teléfono: 809-580-6382 / 809-580-6467



Hospital Municipal de Tamboril

Fecha: 27/4/18

Hora: \_\_\_\_\_

Nombre: Joanny Romero

Edad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Planta: \_\_\_\_\_ Ala y Cama: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA    | <input checked="" type="checkbox"/> HIV                  | <input type="checkbox"/> ANA                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ORINA        | <input checked="" type="checkbox"/> ANTIGENO AUSTRALIANO | <input type="checkbox"/> TPHA                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> COPROLOGICO  | <input checked="" type="checkbox"/> HCV                  | <input type="checkbox"/> COOMBS DIR           |
| <input checked="" type="checkbox"/> VDRL         | <input type="checkbox"/> HCV IGM                         | <input type="checkbox"/> COOMBS IND           |
| <input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA     | <input type="checkbox"/> HAV IGG                         | <input type="checkbox"/> T. SANGRIA           |
| <input type="checkbox"/> BUN                     | <input type="checkbox"/> MARCADORES DE HEPATITIS B       | <input type="checkbox"/> T. COAGULACION       |
| <input type="checkbox"/> CREATININA              | <input type="checkbox"/> PSA                             | <input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA       |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL              | <input type="checkbox"/> PSA LIBRE                       | <input type="checkbox"/> TTP                  |
| <input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS           | <input type="checkbox"/> TSH                             | <input type="checkbox"/> T.T.                 |
| <input type="checkbox"/> HDL-C                   | <input type="checkbox"/> T3                              | <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO          |
| <input type="checkbox"/> PROTEINAS               | <input type="checkbox"/> T4                              | <input type="checkbox"/> HIERRO               |
| <input type="checkbox"/> ALBUMINA                | <input type="checkbox"/> T4 LIBRE                        | <input type="checkbox"/> TIBC                 |
| <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA             | <input type="checkbox"/> LM                              | <input type="checkbox"/> FERRITINA            |
| <input type="checkbox"/> LDH                     | <input type="checkbox"/> ESH                             | <input type="checkbox"/> CARBAMACEPINA        |
| <input type="checkbox"/> FOSF ALCALINA           | <input type="checkbox"/> ESTRADIOL                       | <input type="checkbox"/> FENOBARBITAL         |
| <input type="checkbox"/> SGOT                    | <input type="checkbox"/> PROGESTERONA                    | <input type="checkbox"/> EPAMIN               |
| <input type="checkbox"/> SGPT                    | <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA                    | <input type="checkbox"/> DIGOXINA             |
| <input type="checkbox"/> GGT                     | <input type="checkbox"/> DHEAS-S04                       | <input type="checkbox"/> CLAMIDIA             |
| <input type="checkbox"/> CK                      | <input type="checkbox"/> PROLACTINA                      | <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA         |
| <input type="checkbox"/> CK-MB                   | <input type="checkbox"/> ESTROGENOS TOTALES              | <input type="checkbox"/> BK                   |
| <input type="checkbox"/> SODIO                   | <input type="checkbox"/> CEA                             | <input type="checkbox"/> UROCULTIVO           |
| <input type="checkbox"/> POTASIO                 | <input type="checkbox"/> AFP                             | <input type="checkbox"/> COPROCULTIVO         |
| <input type="checkbox"/> CLORO                   | <input type="checkbox"/> BHGC                            | <input type="checkbox"/> CULTIVO FARINGEO     |
| <input type="checkbox"/> AMILASA                 | <input type="checkbox"/> CA 15-2                         | <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO          |
| <input type="checkbox"/> LIPASA                  | <input type="checkbox"/> CA 125                          | <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS            |
| <input type="checkbox"/> CALCIO                  | <input type="checkbox"/> CA 19-9                         | <input type="checkbox"/> GRAVINDEZ            |
| <input type="checkbox"/> FOSFORO                 | <input checked="" type="checkbox"/> TOXO IGM             | <input type="checkbox"/> PROT. DE BENCE JANES |
| <input type="checkbox"/> AC. URICO               | <input type="checkbox"/> TOXO IGG                        | <input type="checkbox"/> DEPURACION DE CREAT. |
| <input type="checkbox"/> GLICOHEMOGLOBINA        | <input type="checkbox"/> RUBELLA IGM                     | <input type="checkbox"/> BUN EN ORINA         |
| <input type="checkbox"/> AMONIO                  | <input type="checkbox"/> RUBELLA IGG                     | <input type="checkbox"/> FOSFORO EN ORINA     |
| <input type="checkbox"/> LACTATO                 | <input type="checkbox"/> HERPES 1-21 GM                  | <input type="checkbox"/> VMA                  |
| <input type="checkbox"/> COLINESTERASA           | <input type="checkbox"/> HERPES 1-21 GG                  | <input type="checkbox"/> 17-CETOS             |
| <input type="checkbox"/> ALCOHOL                 | <input type="checkbox"/> CMV IGM                         | <input type="checkbox"/> METANEFRIAS          |
| <input checked="" type="checkbox"/> TIPIFICACION | <input type="checkbox"/> CMV IGG                         | <input type="checkbox"/> APO 1                |
| <input type="checkbox"/> ASO                     | <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS HB               | <input type="checkbox"/> APO B                |
| <input type="checkbox"/> PCR                     | <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS PROT.            | <input type="checkbox"/> ANTI TRISPSINA       |
| <input type="checkbox"/> F. REUMATOIDE           | <input type="checkbox"/> IGG                             | <input type="checkbox"/> VIT B12              |
| <input type="checkbox"/> WIDAL                   | <input type="checkbox"/> IGM                             | <input type="checkbox"/> FOLATO               |
| <input type="checkbox"/> GESTATEST               | <input type="checkbox"/> IGA                             | <input type="checkbox"/> CORTISOL             |
| <input type="checkbox"/> ERITROSEDIMENTACION     | <input type="checkbox"/> IGE                             | <input type="checkbox"/> AC. VALPROICO        |
| <input type="checkbox"/> FALCEMIA                | <input type="checkbox"/> C3                              |   |
| <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS           | <input checked="" type="checkbox"/> C4                   |   |
| <input type="checkbox"/> CUENTA EOSINOFILOS      | <input checked="" type="checkbox"/> CE LE                |   |
| <input type="checkbox"/> PPD                     |  |   |

OTROS: \_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES:

- **Para toma de Orina:** Previo lavado genital. **Pruebas que deben venir en ayunas:** Glicemia, Úrea, Creatinina, Acido Úrico, SGOT, SGPT, Colesterol, Triglicéridos, Bilirrubina, Amilasa, Fosfatasa.
- **Colesterol y Triglicéridos:** 12 horas antes, no ingerir grasa:





# Guzmán González S.R.L

LABORATORIO CLÍNICO  
Calle Tomas Hernández Franco # 08  
AL LADO DEL CEMENTERIO  
TEL. 809-580-6916  
Tamboril Stgo Republica Dominicana

## Cotización de Exámenes médicos

Fecha 02-05-2018

Por este medio Hacemos constar ala parte interesada la Cotización de los  
Sigüientes Pruebas de laboratorio a Nombre de la Paciente  
**JOANNY REYNOSO** Edad 23 años

- 1-Hemogramas
- 2- Glicemia
- 3- Orina
- 4-Coprologico
- 5-tipificacion
- 6-HIV
- 7- HEPATITIS B
- 8-HBSAG
- 9-TOXO G
- 10-TOXO M
- 11-VDRL

Con un costo de \$ 2950 pesos  
Descuento de un 10 %  
**Valor A Pagar \$ 2655**





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **007225**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: FELIX ANTONIO GONZALEZ **RD\$**



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

\*007225\* 21411272713401202108684\* 59

Cap. No. 44 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000640 Fecha 03/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>FELIX ANTONIO GONZALEZ AYUDAS POR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA LA REALIZACION Y APOYO A LOS ANALISIS DICHO SENOS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO</p> <p><i>FELIX ANT. GONZALEZ</i> <i>032-0021753-1</i></p>	1410.0003.24.1202	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares	3000.00
TOTAL			

**PAGADO**  
**05 MAY 2018**  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Cam. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0021753-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO FELIX ANTONIO GONZALEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3500.00 PARA LA REALIZACION VARIOS ANALISIS DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.500.00
<p><i>FELIX ANT. GONZALEZ</i> <i>0321753-1</i></p>									

**PAGADO**  
**05 MAY 2018**  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK #7225  
Comp. 6640

*Maura Estrella Díaz*  
Contador  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Alcalde  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	3.500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Estado Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0021753-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO FELIX ANTONIO GONZALEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3500.00 PARA LA REALIZACION VARIOS ANALISIS DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	3.500.00
<p><i>FELIX ANT. GONZALEZ</i> <i>Obj. 75 3-1</i></p>									

CK 47225  
Comp. 06/10

*Maria Esther Diaz* Contador  
*Miguel Ángel* Contralor Municipal  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
*[Signature]* Tesorero  
 Alcalde

Total General RD\$	3.500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 03/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000640

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FELIX ANTONIO GONZALEZ

Por Valor de RD\$ 3,500.00

TRES MIL QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3500.00 PARA LA REALIZACION VARIOS ANALISIS DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

*Maria Esther Diaz*

Nombre

*Miguel Angel Cid*

Nombre

*ANTOLINO GERMOSEN*

Nombre

*Contadora*

Cargo

*Contador*

Cargo

*ALCALDE MUNICIPAL*

Cargo

*Maria Esther Diaz*

Firma

*Miguel Angel Cid*

Firma

*[Signature]*

Firma

mdiaz





FECHA: 22 DE FEBRERO DEL 2018

**A: LICDO. ANYOLINO GERMOSEN**  
Alcalde municipal de tamboril

**DE: FELIX ANTONIO GONZALES**  
Tabaquero del Municipio de Tamboril

**Asunto: AYUDA ECONOMICA.**

**SUS MANOS:**

Por medio de estas líneas le saludo, también quiero aprovechar la ocasión para solicitarle una ayuda económica, ya que no me siento bien de salud. Me puse malo y me llevaron para el médico y me recetaron varios análisis, que hasta el día de hoy no me lo he podido hacer. Como usted sabe soy un hombre de trabajo y de escasos recursos económicos de este municipio de tamboril. Esperando de usted de su ayuda y su bondad para poder realizarme los análisis.

Gracias por su atención y me despido sin otra particular

Muy atentamente,

  
Félix Antonio Gonzales  
032-0021753-1







26/01/2018

**COTIZACIONES DE DE laboratorio PARA: FELIX ANTONIO GONZALEZ**  
**TEL: 809 580-3555**

HEMOGRAMA.....	-\$135
UROANALISIS.....	\$125
COPROLOGICO.....	\$125
GLICEMIA.....	\$125
UREA.....	\$145
CREATININA.....	\$130
COLESTEROL.....	\$130
TRINGLICERIDOS.....	\$130
COLESTEROL HDL .....	\$140
COLESTEROL LDL.....	\$140
HELICOBATER PYRORY EN SANGRE.....	\$260
PSA TOTAL -----	\$ 600
PSA LIBRE -----	\$500
SGOT -----	\$300
SGPT -----	\$450
VDRL -----	\$260
AMILASA -----	\$400
LIPASA -----	\$500

**MONTO TOTAL 3,617**





## Laboratorio

Hemograma , Helicobacter pylori  
Chinca  
Glicemia  
Perfil Lipidico  
PSA Total y Libre  
Hemoglobina glicosilada  
SGOT  
SGP-T  
VDRL  
glicosa  
Lipasa

**PAGADO**  
05 MAY 2018  
Cesoperia Ayuntamiento  
de Tamboril



Paciente: Edier Ant Gomez  
Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_



CODI 30 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
 Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **007226**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: SAMIRY GARCIA **RD\$**

DOS MIL QUINIENTOS CONDORIOS



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
 FIRMA(S)

007226 21411272713401202108684 59 03/05/2018

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Samiry Garcia</i> <i>032-0020267-5</i>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200282675      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO SAMIRY GARCIA *Samiry Garcia*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA 2500.00 POR LA REALIZACION DE ANALISIS MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.500.00

*0220 Jorge Garcia 032-*

**PAGADO**  
05 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK # 7226  
Comp. 0641

Total General RD\$ 2,500.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

*Maria Estrella Díaz*  
Contador  
Presidente Comité Municipal  
(Sólo debe firmarse en partida extrapresupuestaria)

*Aug. García*  
Contralor Municipal  
Tesorero  
Alcalde  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 Indiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 03200282675      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO SAMIRY GARCIA *Samiry Garcia*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA: 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA 2500.00 POR LA REALIZACION DE ANALISIS MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9996	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas.	2.500.00

*0000 Samiry Garcia*  
*032-*

*CK#7226*  
*Comp. 0641*

*Maria Esteban Diaz*      *Aug. Aca...*  
Contador      Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal      *[Signature]*  
(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)      Tesorero

Alcalde

Total General RD\$	2.500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
Indiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 03/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000641

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

SAMIRY GARCIA

Por Valor de RD\$ 2,500.00

DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA 2500.00 POR LA REALIZACION DE ANALISIS MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Miguel Angel C. I.  
Nombre

ANTOLINO GERMOSÉN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Control  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





Fecha: 17 de abril del 2018  
Tamboril, Santiago, R.D.

**A: LICDO. ANYOLINO GERMOSEN**  
Alcalde municipal de tamboril

**Asunto: solicitud de ayuda económica para realizarme varios análisis médicos.**

Distinguido alcalde:



Por medio de la presente reciba usted un cordial saludo de mi parte usted y su familia, además quiero informales que en motivo de esta es para solicitarles una ayuda económica para yo poder realizarme unos análisis que me indicaron y que por falta de dinero no he podido me, espero contar con su ayuda para poder realizarme dichos estudios médicos y saber la causa de que problema tengo de salud.

**Espero contar con su buen corazón y les doy las gracias por su atención.**

**MUY CORDIALMENTE,**

*Samiry Garcia Pichardo*  
**SAMIRY ZULEIKA GARCIA PICHARDO**  
032-0028267-9





## Laboratorio

Hemograma      Tropenura  
Orina  
Coprologico  
Glucemia  
Createnina  
Perfil Lipidico  
ALT, AST  
IGE  
PCR  
ERitro  
IGG monoglobulina

**PAGADO**  
05 MAY 2018  
Tesoreria Ayuntamiento  
de Tamboril



Paciente: Jenny Garcia Pacheco

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Firma

Diagnóstico: \_\_\_\_\_



Formulario No. 382 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **007227**  
DIA MES AÑO  
1 0 5 2 0 1 8

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: HERMINIA SUSANA HILARIO **RD\$**

3.000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*  
FIRMA(S)

#007227# 81411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2018-000668 Fecha 04/05/2018

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA		Simbolo	Unidad Organizativa	Valor
<del>XXX</del> 402-3925806-0				
<b>PAGADO</b> 07 MAY 2018 Tesoreria Ayuntamiento de Tamboril				
TOTAL				

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-39258060 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO HERMINIA SUSANA HILARIO  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108664 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$8000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLLIMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	8.000.00

**PAGADO**  
07 MAY 2018  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK# 7227  
Comp. 0658

*Maria Esther Díaz Cruz*  
Contador Contabilidad  
Gestión 2016-2020  
Presidente Consejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extra-presupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Alcalde  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	8.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	8.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica       Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-39258060      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO HERMINIA SUSANA HILARIO      ~~XXXXXXXXXX~~  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$8000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLLIMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	8.000.00

CK# 7227  
Comp. 0658

Maria Esther Diaz      [Signature]  
 Contador      Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmar si es carta extrapresupuestaria)

[Signature]      [Signature]  
 Tesorero      Alcalde

Total General RD\$	8.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiaz

Monto Neto a Pagar RD\$ **8.000.00**



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 04/05/2018

Nº Comprobante: 2018-000658

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

HERMINIA SUSANA HILARIO

Por Valor de RD\$ 8,000.00

OCHO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$8000.00 PARA LA REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Angel  
Firma

Autorizado por

ANOLINO GERMOSIN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Anolino Germosin  
Firma

mdiaz





03 de mayo 2018

Señor  
Lic. Anyolino Germosén  
Alcalde Municipal Ayuntamiento de Tamboril  
Sus manos

Vía:  
Clara Martínez

Distinguido señor:

Ante que todo quiero extenderle mi afectuoso saludo, y agradecerle por todos los grandes logros que ha logrado en nuestro municipio, y todas las ayudas que le ofrece a todos los necesitados, el móvil de esta línea es para decirle que soy una persona de escasos recursos y estoy quebrantada de salud, tengo que realizarme una resonancia de columna cervical, y estoy acudiendo a usted para dicha ayuda, por favor ayúdeme si está a su alcance Sr. alcalde.

Esperando que su generosidad se ponga de manifiesto, si así será Dios se lo premiara, se despide,

  
Herminia Susana Hilario  
402-3925806-0







# Servicio Nacional de Salud HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

±

Resonancia Magnética  
de columna Cervical

**PAGADO**  
07 MAY 2018  
Oficina Ayuntamiento  
Tamboril



Nombre: Hermine Sesos Helano  
Fecha: 27/4/18.