

**HOSPITAL DR. FELIX MARIA GOICO****CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

09 de mayo de 2025

## DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

**REQUERIMIENTO** : ALMACEN DE MEDICAMENTOS**REFERENCIA** : SNCC.D.027

Yo, **HELEN CATAÑEDA**, en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero del Hospital Dr. Félix María Goico,

**CERTIFICO:**

Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2025**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período **MAYO** para la contratación

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria <sup>2</sup>	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	12161503	2372-03	SYSMEX CELLPACK 20L	UD	5.00	6,878.30	34,391.50
2	12161503	2372-03	SYSMEX STROMAT -WH KX2/XP-300	UD	5.00	6,533.80	32,669.00
3	12161503	2372-03	CONTROL SYSMEX EIGHTCHECK	UD	1	\$8,850.20	8,850.20
						<b>Total:</b>	75,918.70

**PRESUPUESTO:** SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS CON 70/100

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Compra Directa**.

Y para que conste, firmo la presente certificación,

\_\_\_\_\_  
HELEN CASTAÑEDA  
Encargado (a) Administrativo-Financiero

<sup>1</sup> Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC.

<sup>2</sup> Conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.