

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**SERVICIO REGIONAL DE SALUD OSAMA**  
**Gerencia Área 1 Municipio de Guerra**

**Acto Administrativo para la Aprobación de las Especificaciones, Fichas  
Técnicas Pliego de Condiciones al Inicio del procedimiento para los  
Tipos de Procesos.**

Requerimientos: Unidad de Compras

Fecha : 18 de junio de 2025

Yo, **Licda. Melina Melina Jiménez.**, Administradora Financiera del **Hospital Municipal Elvira Echarría Viuda Castillo**, apruebo y autorizó la siguiente solicitud de compras.

Anexo: Según lo detallado anexo.

Descripción	Cantidad Solicitada	Unidad de medida
HIV	2	CAJ
HBSAG C-50/1	2	CAJ
HVC	2	CAJ
TOXOPLAMOSIS	2	CAJ
PRUEBAS DE EMBARAZO	2	CAJ
TIPS AMARILLOS CON ROCA 1000UND	1	PAQ
Tubos Tapas Morada P-100/1	10	CAJ
Tubos Tapas Roja P-100/1	10	CAJ
Tubos sin tapones p-100/1	1	CAJ
PCR FRASCO DE 100 ML	1	UD
ASO FRASCO DE 100 ML	1	UD

RNC: 430-03767-2

Tirillas de Orina 100 T	3	UD
HEMATOXILINA 0.5% citología cervicovaginal,	1	GAL
EA AL 50 % citología cervicovaginal,	1	GAL
XILOL P/citología cervicovaginal,	1	GAL
ORANGE OG-6 PAPANICOLOU	1	GAL
PERMOUNT 500ML T P/ citología cervicovaginal,	1	GAL

  
**Melina Melina Jiménez**  
**Administradora-Financiera**

