



No. EXPEDIENTE
HOSP.M. L-ORDEN NO. 2025-0001
HOSP. M.L- ORDEN NO. 2025-0001

Seleccione la fecha

Página 1 de 1

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL

CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS
GERENCIA FINANCIERA

REQUERIMIENTO : (DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION)

Yo, LIC. MAURY SEVERINO, en mi calidad de CONTADOR de **(Hospital Manuel de Luna)**

CERTIFICO:

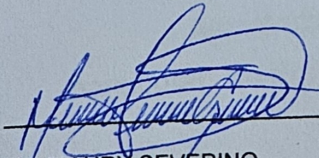
Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **(2025)**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el (SEGUNDO PERIODO) para la adquisición que se especifica a continuación:

(EQUIPOS INFORMATICOS)

PRESUPUESTO: CIENTOS TRENTA MIL PESOS CON 00/100
RD\$130,000.00.

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

Y para que conste, firmo la presente certificación,


LIC. MAURY SEVERINO
CONTADOR



DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compra
Copia1 – Agregar Destino