



SERVICIO REGIONAL DE SALUD  
**CIBAO NOROESTE**  
HOSPITAL MUNICIPAL JULIO MORONTA LAGUNA SALADA

**OFICIO No. 0015**

Laguna Salada

A la : Licda. Elizabeth Acosta J

Asunto : Solicitud de Certificación de Fondos

Fecha : 04 de agosto año 2025

**Distinguida Licenciada:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido la Certificación de Fondos Por **RD\$21,771.00** (Veinte y Un Mil Setecientos Setenta y uno con 00 para la adquisición de compra de Suministro Medico, mediante el Proceso del HMJM-DAF-CD-2025-0015 de acuerdo con el siguiente detalle:

No.	Monto RD\$	Tipo de Compra	Referencia Proceso	Artículo
1	RD\$21,771.00	CD	HMJM-CD-2025-0015	BATA ESTERIL, CITOBUSCH, JERINGA 10CC, JERINGA 5CC

Agradeciendo su atención y sin otro particular,

  
Licda. Yulissa Ortiz  
Encargada de compras

