

25 de agosto de 2025

Servicio Regional De Salud Metropolitano  
 Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

**CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

**REQUERIMIENTO: ALMACEN QUIRURGICO**

**REFERENCIA:** COMPRA DE FILTRO DE HEMODIALISIS PARA PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL.

Yo, Lic. Gisel Díaz, en mi calidad de Encargada de Administración del **Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral**.

**CERTIFICO:** Que esta Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2025, y hace la reserva de la certificación de fondo para la contratación que se especifica a continuación:

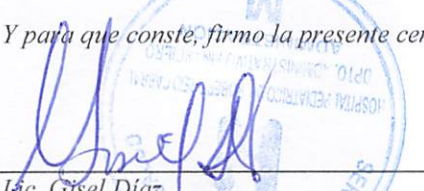
Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio unitario	Monto
1	42161612	2.6.3.1.01	FILTRO DE HEMODIALISIS 0.6 M2. ALTO FLUJO	UNIDAD	12	\$1,350.00	\$16,200.00
<b>TOTAL</b>							<b>RDS\$16,200.00</b>

(Precios tomados como referencia)

**Presupuesto: RDS\$16,200.00 (DIECISEIS MIL DOSCIENTOS PESOS DOMINICANOS CON 00/100).**

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el procedimiento de selección a utilizar para esta compra o contratación es **compra por debajo del umbral**.

Y para que conste, firmo la presente certificación,

  
 Lic. Gisel Díaz  
 Encargada de Administración