

28 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 SOLUCION SALINA (0.45% DE 1000ML) 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	51191602	2.3.4.1.01	SOLUCION SALINA 0.45% DE 1000ML	UNIDAD	1,200	\$115.00	\$138,000.00
TOTAL							RDS\$138,000.00

(Precios tomados como referencia)

Presupuesto: RDS\$138,000.00 (CIENTO TREINTA Y OCHO MIL 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

