



CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

11 de septiembre de 2025

REQUERIMIENTO : ALMACEN DE MEDICAMENTOS

REFERENCIA : SNCC.D.028

Yo, **HELEN CASTAÑEDA**, en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero del Hospital Dr. Félix María Goico,

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 período **SEPTIEMBRE** para la contratación

Ítem	Código ¹	Cuenta presupuestaria ²	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	51171909	2341-01	OMEPRAZOL 40MG IMY	UD	800	28.00	22,400.00
2	51151701	2341-01	ALBUTEROL	UD	200	75.00	15,000.00
3	51131605	2341-01	ACIDO TRANEXANICO	UD	100	\$170.00	17,000.00
4	51142607	2341-01	BUDESODINA	UD	300	\$41.00	12,300.00
5	51171904	2341-01	RANITIDINA INY	UD	300	\$7.00	2,100.00
6	5116163	2341-01	DIFENHIDRAMINA INY	UD	300	\$13.00	3,900.00
7	51171820	2341-01	CLORURO DE SODIO 45% 1000ML	UD	300	\$95.00	28,500.00
Total:							101,200.00

PRESUPUESTO: CIENTO UN MIL DOSCIENTOS PESOS 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 Directa**.
Y para que conste, firmo la presente certificación,

HELEN CASTAÑEDA
Encargado (a) Administrativo-Financiero

¹ Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC.

² conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.

