

17 de diciembre de 2025

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

### **CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

**REQUERIMIENTO:** DEPARTAMENTO DE ALMACEN QUIRURGICO

**REFERENCIA:** COMPRA DE PRISMA PARA TERAPIA RENAL DE PACIENTE EN UCIP DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL.

Yo, **Lic. Gisel Díaz**, en mi calidad de Encargada Departamento Administrativo y Financiero 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 fondos para la contratación que se especifica a continuación:

Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio unitario	Monto
1.	42161803	2.6.3.1.01	PRISMA FLEX 5L EFFLUENT BAG	UNIDAD	2	1,028.27	2,056.54
2.	42161803	2.6.3.1.01	SERVICIO DE RENTA EQUIPO PRISMAFLEX	UNIDAD	2	14,123.64	33,331.79
3.	42161803	2.6.3.1.01	PRISMAFLEX ST 100 SET	UNIDAD	3	16,377.42	49,132.26
4.	42161803	2.6.3.1.01	PRISMAFLEX BGK 0/3.5 (0K, 3.5CA)	UNIDAD	6	4,366.67	26,200.02
5.	42161803	2.6.3.1.01	PRISMASATE BGK 2/0 (2 K, 0CA)	UNIDAD	5	4,366.67	21,833.35
<b>SUBTOTAL</b>							<b>RDS\$127,469.45</b>
<b>ITBIS</b>							<b>RDS\$5,084.51</b>
<b>TOTAL</b>							<b>RDS\$132,553.96</b>

**Presupuesto:** RDS\$132,553.96 (CIENTO TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS DOMINICANOS CON 96/100).

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

Departamento Administrativo y Financiero



Ave. Abraham Lincoln esq. Ave. Independencia No. 2, Centro de los Héroes, D. N., Rep. Dom.

Tel (809)533-1111

RNC: 430-041-076