

Santo Domingo, D.N.-  
13/03/2026.-

**A** :Dra. Mabel Jones  
Directora Hospital Robert Reid Cabral  
Su Despacho.

**Vía** : Licda. Gisel Díaz  
Administradora

**Asunto** : Solicitud de Medicamentos


**Anexo** : Formulario de Requisición. -

Por medio de la presente, le solicitamos la compra de lo detallado en la ficha técnica anexa, para ser utilizada en los pacientes de este centro de salud.-

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

  
**Licda. Altigracia Diaz**  
Encargada de Farmacia

  
yony ramirez



Republica Dominicana  
SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
**HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL**  
TEL: 809-533-8672

FECHA: 13/03/2026

### REQUISICION DE COMPRA

AREA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ **ALMACEN DE MEDICAMENTOS**

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ **Licda. Altagracia Diaz**

### DEPARTAMENTO

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD SOLICITADA
	SUCRAFALTO SOBRE	2000	SOBRE

*D/O*  
\_\_\_\_\_  
**Licda. Altagracia Diaz**  
Encargada de Farmacia  
*Yenny Ramirez*  
SECCION DE FARMACIA  
MEDICAMENTOS COORDINADORA