

HOSPITAL MUNICIPAL VILLA ALTAGRACIA

19 DE MARZO 2026

CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

REQUERIMIENTO : DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

REFERENCIA : HMVA-DAF-2026-0001

Yo, **LIC. DORAMI CASTRO**, en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero de **HOSPITAL MUNICIPAL DE VILLA ALTAGRACIA**.

CERTIFICO:

Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2026** y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período **2026** para la contratación que se especifica a continuación:

COMPRA DE MEDICAMENTOS.

Ítem	Código ¹	Cuenta presupuestaria ²	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	51141706	2.3.4.1.0.1	CITICOLINA	UD	50	140	7,000.00
2	51182203	2.3.4.1.0.1	OXITOCINA	UD	100	85	8,500.00
3	51172107	2.3.4.1.0.1	CLONIXINATO DE LISINA 100/2ML PROPINOX CLORHIDRATO	UD	15	330	4,950.00
4	42221512	2.3.9.3.0.1	CANULA DE MAYO	UD	10	80	800.00
5	51131805	2.3.4.1.0.1	DICYNONE AMP	UD	30	262	7,860.00
6	42311511	2.3.9.3.0.1	GASA COMPRESA	UD	20	138	1,380.00
7	51171503	2.3.4.1.0.1	MULTIFLORA C/14 SOBRE	CJA	1	2,652	2,652.00
Total:							33,142.00

PRESUPUESTO: Cuarenta mil pesos con 00/100 (40,000.00)

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.

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **(Elegir opción)**

Y para que conste, firmo la presente certificación,



LIC. DORAMI CASTRO
ADMINISTRADORA

