

RNC: 430-03767-2

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**SERVICIO REGIONAL DE SALUD OSAMA**  
Gerencia Área 1 Municipio de Guerra

**Acto Administrativo para la Aprobación de las Especificaciones, Fichas Técnicas Pliego de Condiciones al Inicó del procedimiento para los**

**Tipos de Procesos.**

Requerimientos: **Unidad de Compras**

Fecha **20 de marzo de 2026**

Yo, Licda. **Melina Melina Jiménez.**, Administradora Financiera, del Hospital Municipal Elvira Echarría Viuda Castillo, apruebo y autorizó la siguiente solicitud de compras.

Anexo: Según lo detallado anexo.

**Apruebo y Autorizo la siguiente solicitud de compras.**

Referencia	Código UNSPSC	Cuenta presupuestaria	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio total estimado	Comentarios del comprador
1	41116105	2.3.7.2.03	CREATININA 2X100 ML	2	UD	1,323.00	2,646.00	

  
**Melina M. Jiménez**  
Administradora-Financiera  
