

Santo Domingo, D.N.-  
16/03/2026.-

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

**Vía** : **Licda. Gisel Díaz**  
Administradora

**Asunto** : **Solicitud de Compra**

**Anexo** : **Formulario de Requisición. -**

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

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

**Licda. Adamaris Reyes**  
Encargada de Almacén

*Quintero*  
20.3.26



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

FECHA: 16-03-2026

## REQUISICION DE COMPRA

AREA SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

RESPONSABLE: ADAMARIS REYES

## DEPARTAMENTO

	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD SOLICITADA
1	SOLUCION SALINA 0.9% 250 ML		480

ADAMARIS REYES  
ENCARGADA DE ALMACEN GENERAL