

SERVICIO REGIONAL DE SALUD
CIBAO NOROESTE
HOSPITAL MUNICIPAL JULIO MORONTA LAGUNA SALADA

OFICIO No. 0035

Laguna Salada

A la : Licda. Elizabeth Acosta J

Asunto : Solicitud de Certificación de Fondos

Fecha : 01 de abril del año 2026

Distinguida Licenciada:

Cortésmente estamos solicitando sea expedido la Certificación de Fondos Por **RD\$ 11,540.40** (Once Mil Quinientos Cuarenta con 40) para la adquisición de compra de cámara, mediante el Proceso del HMJM-DAF-CD-2026-0035 de acuerdo con el siguiente detalle:

No.	Monto RD\$	Tipo de Compra	Referencia Proceso	Artículo
1	RD\$ 11,540.40	CD	HMJM-DAF-CD-2026-0035	COMPRA DE FUNDAS PLASTICA

Agradeciendo su atención y sin otro particular,



Lic. Freddy María Vargas
Encargado (a) Administrativo-Financiero

