

6 de abril de 2026

Servicio Regional De Salud Metropolitano  
 Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

**CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

**REQUERIMIENTO: FARMACIA**

**REFERENCIA:** COMPRA DE MEDICAMENTO (OCTREOTIDE) PARA PACIENTES DEL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL.

Yo, Lic. Gisel Díaz, en mi calidad de Encargada de Administración del **Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral**.

**CERTIFICO:** Que esta Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2026, y hace la reserva de la certificación de fondo para la contratación que se especifica a continuación:

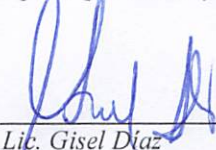
Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio unitario	Monto
1	51241208	2.3.4.1.01	SANDOSTATIN 0.1 MG (OCTREOTIDE) AMP	UNIDAD	100	\$2,200.00	\$220,000.00
<b>TOTAL</b>							<b>RDS220,000.00</b>

(Precios tomados como referencia)

**Presupuesto: RDS220,000.00 (DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS DOMINICANOS CON 00/100).**

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el procedimiento de selección a utilizar para esta compra o contratación es **compra por debajo del umbral**.

Y para que conste, firmo la presente certificación.



Lic. Gisel Díaz  
 Encargada de Administración

