



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

22/10/ 2021

## CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL FORMULARIO

REQUERIMIENTO: ALMACEN DE MEDICAMENTOS.

REFERENCIA: Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2021-0283

Yo, (ALICIA CARDENAS ESCOTTO), en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero de (HOSPITAL PROFESOR JUAN BOSCH),

**CERTIFICO:** Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (2021), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (2021) para la contratación que se especifica a continuación:

(Detallar los bienes, servicios u obras a contratar)

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria <sup>2</sup>	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	51140000	2.3.4.1.0.1	PROPOFOL 10MG/20ML AMP.	Unidad	1000	240	240,000.00
2	51140000	2.3.4.1.0.1	CITRATO DE FENTANILO 50MCG 0.05MG	Unidad	1000	500	500,000.00
3							
4							
						<b>Total:</b>	<b>740,000.00</b>

**PRESUPUESTO:** SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS.  
740,000.00

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Compra Menor**.  
Y para que conste, firmo la presente certificación,

\_\_\_\_\_  
(ALICIA CARDENAS ESCOTTO)  
Encargado (a) Administrativo-Financiero

<sup>1</sup> Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC.

<sup>2</sup> Conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.