

## CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

REQUERIMIENTO : **Departamento de Farmacia**

FECHA : **1 de Septiembre del 2023.**

YO, (LIC. RAFAEL ALBERTO COLOME), en mi calidad de Administrador del (HOSPITAL PROVINCIAL MATERNO INFANTIL NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA, Higüey, República Dominicana).

### CERTIFICO:

Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida aprobación de fondos, dentro del presupuesto del presente año (**2023**), para la aprobación que se especifica a continuación

Compra **medicamentos y productos farmacéuticos.**

**PRESUPUESTO:** CIENTO NOVENTISEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA pesos con 00/100 RD196,450.00

En este sentido y en base al presupuesto aprobado el procedimiento de selección a utilizar para compra de PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO; Y para que conste, firmo la presente certificación.



**LIC. RAFAEL ALBERTO COLOME.**

Administrador del Hosp. Ntra. Sra. De la Altagracia  
Higüey, Rep.Dom

