

## CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

**REQUERIMIENTO** : **Departamento de Farmacia.**

**FECHA** : **15 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 Adquisición Agentes que afectan el agua y los electrolito**

**PRESUPUESTO:** Ciento diez mil pesos con 00/100 RD\$ 110,000.00

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

