

## CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

REQUERIMIENTO : **Departamento de Farmacia**

FECHA : **21 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 de Medicamentos y productos farmacéuticos y Tratamiento, suministros y eliminación de agua y aguas residuales**

**PRESUPUESTO:** Ciento veintidós mil doscientos veintidós pesos con 07/100 RD122,222.07

En este sentido y en base al presupuesto aprobado el procedimiento de selección a utilizar para compra de productos medicinales para uso humano y productos químicos para saneamiento de agua a; Y para que conste, firmo la presentecertificación.

*Rafael A. Colomé*

**LIC. RAFAEL ALBERTO COLOME.**

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

