

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

CERTIFICACIÓN DE CUOTA A COMPROMETER

REQUERIMIENTO: DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS

REFERENCIA: COMPRA DE MEDICAMENTOS (CEFTRIAXONA 1 GRAMO) PARA PACIENTE EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL.

Yo, Lic. Gisel Díaz, en mi calidad de Encargada Interina 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 2024, y hace la reserva de la cuota a comprometer a **SUED & FARGESA, SRL. RNC: 101027721** para la contratación que se especifica a continuación:

Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio unitario	Monto
1	51101551	2.3.4.1.01	CEFTRIAXONA 1 GRAMO	UNIDAD	10,000	\$25.00	\$250,000.00
SUBTOTAL							RD\$250,000.00
ITBIS							\$0.00
TOTAL							\$250,000.00

Presupuesto: RD\$250,000.00 (DOSCIENTOS CINCUENTA 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 menor**.

Y para que conste, firmo la presente certificación,



Lic. Gisel Díaz
Encargada Interina de Administración

