

SNCC.D.002



No. Expediente

29

No. Documento

HMDMFM20260615

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO FERNANDEZ**  
**certificación de existencia de fondos**  
ADMINISTRACION

15/06/2026

**REQUERIMIENTO:** (almacen)

**REFERENCIA:** (HMDMFM-DAF-CD-2026-0029)

Yo, (**Licda Sugeyri Mejia Reyes**), en mi calidad de Encargado(a)  
Administrativo-Financiero de (Hospital Municipal Dr. Mario Fernandez Mena).

**CERTIFICO:**

Que esta Direccion Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiacion de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2026**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (**ABRIL-DICIEMBRE-2026**), para la contratacion que se especifica a continuacion:

item	codigo	Cuenta Presupuestari	Descripción	unidad de medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	47121701	2391-01	PEL HIGIENICO ROLLO 4/1 EXTR	PAQ	10	1,180,00	11,800,00
2	47121701	2391-01	PAPEL TOALLA 1/6 EXTRA	PAQ	3	1,711,00	5,133,00
3	47121701	2391-01	ESCADOR DE AIRE AMBEINBTA	unidad	24	180,00	4,320,00
4	47121701	2391-01	BRILLO VERDE	unidad	12	60,00	720,00
5	47121701	2391-01	ESPONJA DE FREGAR 3-1	unidad	12	200,00	2.400,00
6	47121701	2391-01	GUANTES SIZE ML	unidad	12	130,00	1.560,00
7	47121701	2391-01	ESCOBA	unidad	6	205,00	1,230,,
<b>TOTAL</b>							
<b>RD\$</b>							<b>27,163,00</b>

**PRESUPUESTO:** VEINTE Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS CON 00/100 (27,163,00)

En este sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es Compra Directa.

Y para que conste, firmo la presente certificacion,

**DISTRIBUCION Y COPIAS:**

Original 1-Expediente de compras

Copia 1- Agregar Destino

1-Conforme al Catalogo de Bienes y Servicios UNSPSC

2-Conforme a la lista de articulos del Portal Transaccional de la Guia Alfabetica de Imputacion del Gasto de la Direccion

