

23 de septiembre de 2026

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

CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**REQUERIMIENTO:** COORDINADOR MÉDICO

REFERENCIA: COMPRA DE PRUEBAS DE EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO PARA DIAGNÓSTICO DE CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) PARA PACIENTES DE ESTE HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL.

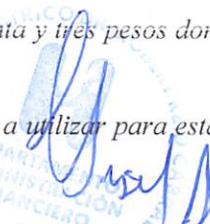
Yo, **Lic. Gisel Díaz**, en mi calidad de Encargada Administrativa y Financiera del **Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral**.

CERTIFICO: Que esta Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2026, y hace la reserva de la certificación de fondo para la contratación que se especifica a continuación:

Ítem	Código	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio unitario	Monto
1.	60101701	2.3.3.5.01	ENTREVISTA PARA EL DIAGNOSTICO DEL AUTISMO - REVISADA JUEGO COMPLETO (MANUAL 10 ENTREVISTAS + JUEGO COMPLETO)	UNIDAD	1	19,113.00	19,113.00
2.	60101701	2.3.3.5.01	ESCALE DE OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNOSTICO DEL AUTISMO, JUEGO COMPLETO 8MANUAL, KITS DE CORRECCIÓN, JUEGO COMPLETO)	UNIDAD	1	329,280.00	329,280.00
						TOTAL GEN	RD\$348,393.00

Presupuesto: RD\$348,393.00 (Trescientos cuarenta y ocho mil trescientos noventa y tres 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 por Debajo del Umbral**.



Lic. Gisel Díaz
Encargada
Departamento Administrativo Financiero

Ave. Abraham Lincoln esq. Ave. Independencia No. 2, Centro de los Héroes, D. N., Rep. Dom.

Tel (809)533-1111

RNC: 430-041-076