



SNCC.D.002



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

17 de septiembre

No. EXPEDIENTE
HMDJAA-DAF-CD-2026-0022
No. DOCUMENTO
HMDJAA-DAF-CD-2026-0022

CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO Ó UNIDAD FUNCIONAL QUE GENERA EL FORMULARIO

REQUERIMIENTO : (FARMACIA)

REFERENCIA : (HMDJAA-DAF-CD-2026-0022)

Yo, (NORKA L. BELLIARD), en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero de ((Hospital Municipal Dr. Julio Alvarez Acosta)),

CERTIFICO:

Que esta Dirección Administrativa-Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (2026), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período (JULIO-SEPTIEMBRE) para la contratación que se especifica a continuación:

(Detallar los bienes, servicios u obras a contratar)

Ítem	Código ¹	Cuenta presupuestaria ²	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1.	42182206	23.93.01	Citobrush c /100	caja	1	1699.20	1,699.20
2.	51142001	23.93.01	Porta objeto esmerilado c/50	caja	1	318.60	318.60
3.	42231701	23.93.01	Cal sodada	UD	3	9827.39	9,827.39
4.	42292908	23.93.01	Agua destilada	UD	5	216.00	1,080.00
						Total:	12,925.19

PRESUPUESTO: (DOCE MIL NOVECIENTO VENTI CINCO CON 19 CENTAVOS)

En ese 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 certificación,

Norka L. Belliard

(NORKA L. BELLIARD)
Encargado (a) Administrativo-Financiero



¹ Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC.

² Conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.