

**CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA

18 de Octubre de 2021

**REQUERIMIENTO** : ALMACEN DE FARMACIA

**REFERENCIA** : HOSPNEYARIAS-UC-CD-2021-0412

Yo, **Rosanne Y. Medina**, en mi calidad de Subdirector(a) Financiero del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora,

**CERTIFICO:**

Que está Sub-Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (**2021**), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período **CUARTO PERÍODO** para la contratación que se especifica a continuación:

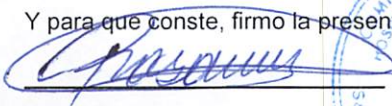
**(PARACETAMOL INFUSIÓN)**

| Ítem | Código <sup>1</sup> | Cuenta presupuestaria <sup>2</sup> | Descripción                                       | Unidad de Medida | Cantidad Solicitada | Precio Unitario Estimado | Monto                 |
|------|---------------------|------------------------------------|---|------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1    | 51142405            | 234101                             | Paracetamol infusión 10gr/frasco 100ml IMIV C/100 | Caja             | 20                  | RD\$347.50               | RD\$695,000.00        |
|      |                     |                                    |   |                  |                     | <b>Total:</b>            | <b>RD\$695,000.00</b> |

**PRESUPUESTO:** RD\$695,000.00 (Seiscientos noventa y cinco mil pesos 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 Directa.

Y para que conste, firmo la presente certificación,

  
Rosanne Y. Medina  
Subdirector-Financiero

<sup>1</sup> Conforme al Catálogo de Bienes y Servicios UNSPSC. <sup>2</sup> Conforme a la lista de artículos del Portal Transaccional o de la Guía Alfabética de Imputación del Gasto de la Dirección General de Presupuesto.