

FECHA 11/10/2021

GERENCIA ALMACEN ADMINISTRATIVO DE FARMACIA 5TA  
SOLICITADO POR LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE

Cantidad	Unidad	Descripcion	USO	Existencia
5	KIT	CS-240/600 GLUCOSA	Laboratorio Clinico y Banco de Sangre	
7	KIT	CS-240/600 UREA		
10	KIT	CS-240/600 CREATININA		
7	KIT	CS-240/600 TGO/ALT		
5	KIT	CS-240/600 TGP/AST		
4	KIT	CS-240/600 COLESTEROL HDL		
1	KIT	CS-240/600 ALBUMINA		
3	KIT	CS-240/600 BILIRRUBINA DIRECTA		
2	KIT	CS-240/600 BILIRRUBINA TOTAL		
3	KIT	CS-240/600 CALCIO 2x50 ml/1x5 ml		
3	KIT	CS-240/600 FOSFORO		
5	KIT	CS-240/600 LIPASA		
3	KIT	CS-240 /600 MAGNESIO		
2	UND	CS-240/600 ANTIBACTERIAL DETERGENTE 500 ML		
2	UND	CS-240/600 ALKALINE DETERGENTE 2LITROS		
3	KIT	CS-240/600 CONTROL NIVEL 1		
5	KIT	CS-240/600 CONTROL NIVEL 2		
4	KIT	CS-240/600 CALIBRADOR H LABTEST		
1	KIT	CS-240/600 GLUTAMIL TRANSFERASA (GAMA GT)		
1	KIT	CS-240/600 LDH		
1	KIT	CS-240/600 CK-MB		
2	KIT	CS-240/600 CK-TOTAL		

Original Compra  
Primera Copia Presupuesto  
Segunda copia Solicitante

COMPLEJO HOSPITALARIO DR. EVANGELINA RODRIGUEZ PEROZO  
HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA  
ALMACEN DE FARMACIA

*[Firma]*  
SOLICITADO POR

FECHA \_\_\_\_\_

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA  
Gerencia Administrativa

*[Firma]*  
AUTORIZADO POR:



*[Firma]*  
RECIBIDO POR:

Santo Domingo Norte, R.D.  
14 de octubre del 2021.-

**Al** : **Dr. Julio Cesar Landrón**  
Director General

**Asunto** : **Solicitud de Autorización**



Por medio de la presente, tenemos a bien saludarle y a la vez solicitarle su aprobación para proceder a comprar los siguientes insumos para ser utilizados por el **Laboratorio Clínico y Banco de Sangre**.

Según documentación anexa.

Atentamente,

  
**Lic. Rosanne Medina**  
**Sub-Directora Financiera y Administrativa**

RM/jcr