

**H**: HOSPITAL  
**TRAUMATOLÓGICO**  
**DR. NEY ARIAS LORA**

**SUB-DIRECCION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**  
**ALMACEN ADMINISTRATIVO DE FARMACIA 5TA,**

[illegible]

Original Compra

**Primera Copia Presupuesto**

**Segunda copia Solicitante**

**SOLICITADO POR**

**AUTORIZADO POR**

RECIBIDO POR:



Santo Domingo Norte, R.D.  
18 de octubre de 2021.-

A : **Dr. Julio Landrón**  
Director General

Asunto : **Solicitud de Autorización**



Por medio de la presente, tengo a bien saludarle y al mismo tiempo solicitarle su aprobación para proceder a comprar los siguientes insumos para ser utilizados en la unidad de nutrición del 5to piso, uci y planta.

- **10 CAJA/30 ABINTRA NARANJA**
- **8 CAJA/30 GLUTAPAK-R**

Atentamente

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

