

**CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

**SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA**

01 Marzo 2022

**REQUERIMIENTO : ALMACEN DE FARMACIA**

**REFERENCIA : HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-010**

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

**CERTIFICO:**

Que está Sub-Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año (2022), y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período **PRIMER PERÍODO** para la contratación que se especifica a continuación:

**(INSUMOS USO DEL LABORATORIO CLINICO)**

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria <sup>2</sup>	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	41116102	237299	HIV	Kit	7	RD\$7,650.00	RD\$53,550.00
2	41116102	237299	HBcAG CORE	Kit	5	RD\$10,740.00	RD\$53,700.00
3	41116102	237299	HTLV I/II	Kit	5	RD\$12,950.00	RD\$64,750.00
4	41116102	237299	HBaAG	Kit	7	RD\$6,200.00	RD\$43,400.00
5	41116102	237299	HVC	Kit	8	RD\$9,950.00	RD\$79,600.00
						<b>Total:</b>	<b>RD\$295,000.00</b>

**PRESUPUESTO: RD\$295,000.00 (Doscientos 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 Menor.

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.