



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

**CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE FONDOS**

SUB-DIRECCIÓN FINANCIERA

14 de Septiembre de 2022

REQUERIMIENTO : ALMACEN DE FARMACIA

REFERENCIA : HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0427

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 **TERCER PERÍODO** para la contratación que se especifica a continuación:

**(INSUMOS PARA EQUIPO ELISA)**

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria <sup>2</sup>	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	41116105	237299	HBCAB CORE	Kit	3	RD\$11,333.34	RD\$34,000.02
2	41116105	237299	HTLV I Y II	Kit	5	RD\$15,000.00	RD\$75,000.00
3	41116105	237299	HIV 1 Y 2	Kit	8	RD\$9,500.00	RD\$76,000.00
4	41116105	237299	HVC	Kit	7	RD\$12,000.00	RD\$84,000.00
5	41116105	237299	HBSaG	Kit	7	RD\$8,000.00	RD\$56,000.00
						<b>Total:</b>	<b>RD\$325,000.02</b>

**PRESUPUESTO: RD\$325,000.02 (Trescientos veinticinco mil pesos con 02/100)**

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.