

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
CERTIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE
DEPARTAMENTO DE COMPRAS

REQUERIMIENTO : Despacho De Este Servicio Regional De Salud Metropolitano.

REFERENCIA : SRSM-CCC-CP-2021-04

Yo, (**LICDA. NORMA GABRIELA HERNANDE**), en mi calidad de Encargado(a) Administrativo-Financiero de (**Servicio Regional De Salud Metropolitano**),

CERTIFICO: Que esta Dirección Administrativa-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 (**ENERO-DICIEMBRE 2021**) para la contratación que se especifica a continuación:

DETALLE

Ítem	Código ¹	Cuenta presupuestaria ²	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto
1	42201802	2.6.3.1.01	TRANSDUCTOR (SONOGRAFO LINEAL)	UNIDAD	1	292,480.3	292,480.3
2	42201712	2.6.3.1.01	TRANSDUCTOR (SONOGRAFO CONVEX)	UNIDAD	1	929,480.3	292,480.3
3	42201712	2.6.3.1.01	TRANSDUCTOR (SONOGRAFO CONVEX)	UNIDAD	1	93,030.49	93,030.49
4	42201712	2.6.3.1.01	CHASIS (PARA CR DIGITALIZADOR DE RAYOS X (14X17)	UNIDAD	1	245,322.00	245,322.00
						Total:	1,215,795.00

PRESUPUESTO: Un Millón Doscientos Quince Mil Setecientos Noventa y Cinco Pesos Con 00/100 RD\$1,215,795.00

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Compra Por Comparación De Precios** Y para que conste, firmo la presente certificación,

Licda. Norma Gabriela Hernández
Administradora Financiera Interina SRSM