

CERTIFICACIÓN DE CUOTA DE COMPROMISO

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

REQUERIMIENTO : Dirección General De Este Servicio Regional De Salud Metropolitano.

Yo, (LICDA. NORMA GABRIELA HERNANDEZ), en mi calidad de ADMINISTRATIVA FINANCIERA INTERINA de (**Servicio Regional de Salud Metropolitano**),

CERTIFICO:

Que esta DIVISION 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 adquisición que se especifica a continuación:

CONCEPTO

ADQUISICION DE ACCESORIOS DE IMÁGENES PARA EL HOSPITAL DR. FRANCISCO MOSCOSO PUELLO PERTENECIENTE A ESTE SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO.

PRESUPUESTO:

Un Millón Ciento Trece Mil Setecientos Cuarenta y Dos Pesos Con
00/100 RD\$ 1,113,742.00

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
Administrativa Financiera Interina SRSM