

DAF-SRSM-CC#10-10

21 de octubre de 2021

Servicio Regional de Salud Metropolitano

Página 1 de 1

## CERTIFICACIÓN DE CUOTA DE COMPROMISO

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

**REQUERIMIENTO** : Departamento de la Dirección General De Este SRSM.

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 E INSTALACION DE TUBO PARA TOMOGRAFO**

### **PRESUPUESTO:**

Dos millones ochocientos noventa y nueve mil doscientos sesenta pesos con 00/100 (RD\$2,899,260.00)

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Proceso por Excepción**.  
Y para que conste, firmo la presente certificación,



Licda. Norma Gabriela Hernández  
Administrativa Financiera SRSM