**ANEXO 7**

**ACTA DE CONCLUSIÓN DE REVISION FISICA DE BIENES MUEBLES Y ACTUALIZACION DEL INVENTARIO AL\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_**

EN LA CIUDAD DE( **NOMBRE DE LA CIUDAD**) , SIENDO LAS (HORA DE CONCLUSION ) EL DIA ( **FECHA DE CONCLUSIÓN** ), ENCONTRÁNDOSE REUNIDOS EN LA ( **JURISDICCION SANITARIA ,HOSPITAL O CENTRO ASISTENCIAL**) CITA EN ( **DIRECCIÓN** ) EL **( JEFE (A) DE LA JURISDICCION SANITARIA U DIRECTOR** **DEL HOSPITAL, CENTRO ASISTENCIAL**), EL C.( **ADMINISTRADOR DE LA JURISDICCION SANITARIA, HOSPITAL O CENTRO ASISTENCIAL**), ( **JEFE O** **ENCARGADO DEL AREA DE INVENTARIOS** )Y ( **DOS TESTIGOS NOMBRE Y CARGO** ) PARA HACER CONSTAR LOS SIGUIENTES **..........................................................................................................................................................................HECHOS.......................................................................................................................................................................................**

1.-SE REALIZO LA REVISION FISICA DE BIENES MUEBLES Y ACTUALIZACION DEL INVENTARIO. DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY NUMERO 539 DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE VERACRUZ-LLAVE EN SU TITULO SÉPTIMO, CAPITULO UNICO, ARTICULO 86. QUE DICE **“LAS INSTITUCIONES EXPEDIRAN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE SUS BIENES MUEBLES Y MANEJO DE ALMACENES Y, A EFECTO DE MANTENER ACTUALIZADOS LOS INVENTARIOS Y RESGUARDOS, LOS REVISARÁN FÍSICAMENTE, CUANDO MENOS CADA SEIS MESES.”**

-------------------------------------------------------------------------------------------------

2.-LA REVISION FISICA DE BIENES MUEBLES Y ACTUALIZACION DEL INVENTARIO CORRESPONDIENTE A ESTA (JURISDICCION **SANITARIA**, **HOSPITAL O CENTRO ASISTENCIAL)** SE LLEVO A CABO BAJO LOS PROCEDIMIENTOS DEL “**MANUAL** PARA **LA REVISION FISICA Y ACTUALIZACION DEL INVENTARIO DE BIENES MUEBLES DE JURISDICCIONES SANITARIAS, HOSPITALES Y CENTROS ASISTENCIALES AL \_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_.**  ELABORADO, VALIDADO Y AUTORIZADO PARA ESE FIN.

-------------------------------------------------------------------------------------------------

3.-EL IMPORTE DEL INVENTARIO FISICO DE BIENES MUEBLES AL \_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_ DE ESTA (JURISDICCION SANITARIA, HOSPITAL O CENTRO ASISTENCIAL) ASCIENDE A $ (IMPORTE EN NUMERO) (IMPORTE EN LETRA) .............................................................................................................................

4.-EL DÍA (FECHA DE CONCLUSIÓN) SE DAN POR FINALIZADAS LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA ACTUALIZACION DEL INVENTARIO DE ACTIVO FIJO AL \_\_DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_.

-------------------------------------------------------------------------------------------------

5.-LOS RESULTADOS DE LA REVISION FISICA Y ACTUALIZACION DE BIENES MUEBLES SE ENTREGAN EN LA OFICINA DE INVENTARIOS DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ALMACENAJE Y DISTRIBUCION EL DIA (**FECHA QUE LES CORRESPONDE ENTREGAR DE ACUERDO AL CALENDARIO**) CON EL OFICIO No. DE (FECHA **DE ENTREGA**).

-------------------------------------------------------------------------------------------------

NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE HACER CONSTAR, SE CIERRA LA PRESENTE SIENDO LAS (HORA **DE CIERERE DE ACTA**) DEL MISMO DIA DE SU INICIO, FIRMANDO DE CONFORMIDAD AL MARGEN Y EN LA ULTIMA FOJA AL CALCE LAS QUE EN ELLA INTERVINIERON.

**FIRMAS**

DIRECTOR DE LA UNIDAD

APLICATIVA

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD

APLICATIVA

JEFE O ENCARGADO DE INVENTARIOS

NOMBRE Y CARGO DEL TESTIGO

NOMBRE Y CARGO DEL TESTIGO