EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SIENDO LAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HORAS DEL DÍA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE ENERO DE DOS MIL VEINTICUATRO, SE ENCUENTRAN REUNIDOS EN LAS INSTALACIONES DEL ALMACÉN Y/O FARMACIA DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,SITO EN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE ESTA CIUDAD, LOS C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA (O DIRECTOR), GESTIÓN Y CONTROL DE RECURSOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA (O ADMINISTRADOR), ENCARGADO DE RECURSOS MATERIALES Y ENCARGADOS DEL ÁREA RESPECTIVAMENTE (JEFE DEL ALMACÉN Y RESPONSABLE DE FARMACIA), ASÍ COMO C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,TESTIGOS ASISTENCIALES, PARA INSTRUMENTAR LA PRESENTE ACTA ADMINISTRATIVA DE HECHOS QUE PERMITA DAR FE DEL INICIO DE LOS TRABAJOS RELATIVOS AL LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO DE EXISTENCIAS FÍSICAS DE INSUMOS EN EL ALMACÉN Y FARMACIA CON CORTE **AL TRENTA Y UNO DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTITRES**.----------------------------------------------------------------------------------------------H E C H O S ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS DE LA JURISDICCIÓN MANIFIESTA QUE, CONFORME A LO PROGRAMADO EN PUNTO DE LAS \_\_\_\_\_\_\_\_ HORAS, SE LLEVA A EFECTO LA REUNIÓN EN QUE SE DA A CONOCER A TODO EL PERSONAL PARTICIPANTE, LOS ÚLTIMOS PORMENORES AL RESPECTO, INFORMÁNDOLES ACERCA DEL COMPROMISO QUE ESTO CONLLEVA Y LOS EQUIPOS DETERMINADOS; A TRAVÉS DEL RESPONSABLE DEL ALMACÉN JURISDICCIONAL, SE LES SOLICITO CUIDADO Y ATENCIÓN ESPECIAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE CADA UNO LOS INSUMOS Y/O BIENES, LLEVANDO ACABO LA VERIFICACIÓN DE LOTES Y FECHAS DE CADUCIDADES, SE LES ENFATIZO LA IMPORTANCIA DE RUBRICAR LOS DOCUMENTOS DE TRABAJO A CADA CONTEO, ASÍ COMO, DEJAR ROTULADOS LOS INSUMOS Y BIENES YA COMPUTADOS CON EL FORMATO OFICIAL A FIN DE EVITAR ERRORES POR OMISIÓN O DESCUIDO. ACTO SEGUIDO, TENIENDO TODO EL PERSONAL PARTICIPANTE REUNIDO SE PROCEDIÓ A LA DESIGNACIÓN DE LOS EQUIPOS Y A LA ASIGNACIÓN DE LAS TAREAS CORRESPONDIENTES PARA DAR DE MANERA FORMAL INICIO A LOS CONTEOS DE LAS EXISTENCIAS FÍSICAS.-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Rubrica de cada uno de los participantes.*

POR OTRA PARTE, EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS DE LA JURISDICCIÓN, MANIFIESTA QUE REVISARÁ Y VALIDARÁ QUE EL PROCESO DEL LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO FÍSICO, SE REALICE DE ACUERDO A LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS, ADEMÁS DEL RESPONSABLE DEL ALMACÉN JURISDICCIONAL DEBERÁ DE CONSERVAR LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA EN FORMA ORDENADA QUE COMPRUEBE Y JUSTIFIQUE SUS OPERACIONES DE ACUERDO AL **ARTÍCULO** **111 DE LA LEY NÚMERO 539 DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE VERACRUZ**.----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LA ACLARACIÓN DE QUE LOS DOCUMENTOS DE TRABAJO SERÁN RESUMIDOS, UNA VEZ, CONCLUIDOS LOS CONTEOS DE LA EXISTENCIAS FÍSICAS, SE REALIZARÁ EL LLENADO EN LOS FORMATOS OFICIALES POR PARTIDA PRESUPUESTAL, PROGRAMA PRESUPUESTAL Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO, ANALIZANDO LAS DIFERENCIAS QUE SE PUDIERAN PRESENTAR AL TERMINO DE LOS CONTEOS.-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

POR LO QUE NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE HACER CONSTAR, SE CIERRA LA PRESENTE SIENDO LAS \_\_\_\_\_\_\_ HORAS DEL MISMO DÍA DE SU INICIO, FIRMANDO LA PARA DAR CONSTANCIA A LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Rubrica de cada uno de los participantes.*

**POR EL ÁREA DE RECURSOS MATERIALES DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. \_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **JEFE DE JURISDICCIÓN** |  | **JEFE DEL DEPTO. DE GESTIÓN Y CONTROL DE RECURSOS** |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |
|  |
| **ENCARGADO DE RECURSOS MATERIALES** |  | **ENCARGADO DEL ALMACÉN JURISDICCIONAL** |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ENCARGADO DEL ÁREA DE VACUNACIÓN** |  |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  |  |
|  |
|  |

**TESTIGOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |

**POR EL ÁREA DE RECURSOS MATERIALES Y DIRECTIVOS DEL HOSPITAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **DIRECTOR DEL HOSPITAL** |  | **ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL** |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |
|  |
|  |  |  |
| **ENCARGADO DE RECURSOS MATERIALES** |  | **ENCARGADO DEL ALMACÉN** |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ENCARGADO DE FARMACIA** |  |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  |  |
|  |
|  |

**TESTIGOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |  | *NOMBRE COMPLETO Y FIRMA* |