**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

 **DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**

 **SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES**

 **DEPARTAMENTO DE ALMACENAJE Y DISTRIBUCIÓN**

**OFICINA DE INVENTARIOS**

**ACTA CIRCUNSTANCIADA DE BAJA DE BIENES MUEBLES DEL HOSPITAL Y/O JURISDICCIÓN SANITARIA**

En la ciudad de --------, **Veracruz** siendo las --**:--** horas del (DIA, MES Y AÑO), se encuentran reunidos en las instalaciones del **Hospital y/o Jurisdicción**  sito en la calle ---------------------número ---colonia -------- de la Ciudad de -------**, Veracruz** los CC. --------------------------------------**; Director/Jefe** y **Administrador/Jefe de Departamento de Gestión y Control de Recursos** del **Hospital y/o Jurisdicción**, respectivamente, y como testigos de asistencia C. ---------------------**,** Encargado de -------------------; ---------------------------------**,** Auxiliar de -----------------------; con el objeto de instrumentar la presente acta circunstanciada mediante la cual se justifica la baja de un volumen aproximado de --- bienes con un importe de **$ 0.** **(importe con letra.)** que se encuentra asignados al **Hospital y/o Jurisdicción de** -------------, Veracruz, conforme a los siguientes: --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**HECHOS**:-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PRIMERO**.- Se relaciona el importe de bienes muebles inservibles que se encuentran en calidad de desecho para baja, de conformidad con el Artículo 95 de la Ley N° 539 de Adquisiciones, Arrendamientos, Administración y Enajenación de Bienes del Estado de Veracruz, que a continuación se detalla:-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA** | **PARTIDA** | **CANTIDAD DE BIENES** | **IMPORTE** |
| 5101 | 51100001 | 0 | $ 0.00 |
| 5102 | 51900001 | 0 | $ 0.00 |
| 5103 | 52000000 | 0 | $ 0.00 |
| 5104 | 51300000 | 0 | $ 0.00 |
| 5201 | 56100001 | 0 | $ 0.00 |
| 5202 | 56200001 | 0 | $ 0.00 |
| 5203 | 56300001 | 0 | $ 0.00 |
| 5204 | 56500001 | 0 | $ 0.00 |
| 5206 | 51500001 | 0 | $ 0.00 |
| 5401 | 53100001 | 0 | $ 0.00 |
| 5402 | 53200001 | 0 | $ 0.00 |
| 5501 | 56700002 | 0 | $ 0.00 |
|  | **TOTAL** | **0** | **$ 0.00** |

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**SEGUNDO**. - ---------------------------, **Director del Hospital y/o Jefe de Jurisdicción** hace mención que la presente se levanta con fundamento en el Artículo 95 de la Ley N° 539 de Adquisiciones, Arrendamientos, Administración y Enajenación de bienes del Estado de Veracruz, cuyo trámite fue solicitado a través de la circular N°. SESVER/DA/SRM/DAyD/---/2023 Oficio SESVER/DA/------/2023, emitida por el Lic. Jorge Eduardo Sisniega Fernández, Director Administrativo de los Servicios de Salud de Veracruz:--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**C O N S T A N C I A**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se hace constar que se agrega a la presente el dictamen de baja de los bienes a que se hace referencia signado por el encargado de mantenimiento del turno matutino de este **Hospital y/o Jurisdicción de ------**, así como fotografías de dichos bienes que se encuentran en calidad de chatarra, desecho ferroso y obsoleto. Los resultados asentados en la presente, son responsabilidad del **Hospital y/Jurisdicción,** que lo solicita:------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- El **Hospital y/o Jurisdicción de ----------**, deberá de conservar la documentación en forma ordenada que compruebe y justifique sus operaciones de acuerdo al Artículo 111 de la Ley Nº 539 de Adquisiciones, Arrendamientos, Administración y Enajenación de Bienes Muebles del Estado de Veracruz: ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lo anterior sin menoscabo de las facultades fiscalizadoras que en su oportunidad puedan ejercer los órganos internos y externos de control para verificar y dictaminar este proceso:-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Leída la presente y no habiendo más por manifestar, se procede a su cierre siendo las **15:00** horas del mismo día de su inicio, firmando al calce y al margen los que en ella intervinieron: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**P A R T I C I P A N T E S:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****DIRECTOR Y/O JEFE DEL HOSPITAL Y/O JURISDICCIÓN**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****ADMINISTRADOR (A)/** **JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y CONTROL DE RECURSOS DEL HOSPITAL Y/O JURISDICCION** |
| **ENCARGADO DE INVENTARIOS****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(nombre y firma)** |
| **TESTIGO****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(nombre y firma)** | **TESTIGO****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(nombre y firma)** |
|  |  |