**GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ–LLAVE**

**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

**HOSPITAL Y/O JURISDICCIÓN**

**D I C T A M E N**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboración:** | (nombre)  Jefe/Director del Hospital y/o jurisdicción)  (nombre)  Administrador (a)/Jefe (a) de Departamento de Gestión y Control de Recursos del Hospital y/o jurisdicción)  (nombre)  Jefe /Encargado de inventarios  (nombre)  Jefe /encargado de mantenimiento o tecnologías  (nombre)  Testigo 1  (nombre)  Testigo 2 | |
| **Fundamento Legal Justificación** | Código Financiero para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave en sus Artículos 186 fracciones III, XXXIV, XXXV, XXXVI; Art. 213 del Capítulo Cuarto de la Administración de los Recursos Materiales.  Ley 539 de Adquisiciones, Arrendamientos, Administración y Enajenación de Bienes Muebles del Estado en sus Artículos 94, 95, 105, 107, 109 en su fracción I y 111, del Título Séptimo Capítulo Único de Almacenes y Control de Inventarios  Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave en su Artículo 14 en su fracción I | |
| **Antecedentes** | A fin de dar cabal cumplimiento a la desincorporación de Activos implementado por la Secretaria de Finanzas del Gobierno del Estado, y por la circular No. **SESVER/DA/---/2023 Oficio SESVER/DA/------/2023**, emitida por la Dirección de Administración de Servicios de Salud de Veracruz; que solicita al Hospital y/o Jurisdicción de estos Servicios de Salud de Veracruz y atendiendo a la circular, se envié la información sobre los bienes inservibles que existen en los diferentes Departamentos de esta Unidad por lo que se procede a realizar el trámite de baja y destino final de los bienes muebles inservibles o en desuso y que se encuentran bajo su resguardo. | |
|  | Este trámite de baja se refiere al mobiliario administrativo, equipo e instrumental médico con un volumen aproximado de --- **bienes** y su costo total a precio de adquisición según registros contables es de **$ 0.00 (importe con letra)** | |
| **Trabajos Desarrollados** | 1. Se elaboró relación de los bienes para baja de esta unidad hospitalaria y por partida presupuestal con la descripción y características de cada uno de ellos. 2. Se obtuvo el dictamen técnico por parte del área de mantenimiento de este Hospital y/o jurisdicción en el que se hace constar que todos estos bienes se encuentran inservibles. 3. Se cuenta con fotografías de los bienes para mayor ilustración sobre el estado físico actual de estos bienes.   Para la baja en los registros contables el importe de los bienes por cada partida presupuestal es el siguiente:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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** | | |
| El Hospital General Perote de los Servicios de Salud de Veracruz, solicita a los miembros del Subcomité de Adquisiciones de Servicios de Salud de Veracruz su aprobación para la baja y destrucción de los bienes inservibles descritos en el listado anexo.  El presente se expide en la Ciudad de ---------, Veracruz, el día de ---- de ----- del 2023.   |  |  | | --- | --- | | **JEFE /DIRECTOR DEL HOSPITAL Y/O JURISDICCION**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(nombre y firma)** | **ADMINISTRADOR (A) DEL HOSPITAL Y/O JURISDICCION**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(nombre y firma)** | | **JEFE / ENCARGADO DE INVENTARIOS**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(nombre y firma)** | | | **TESTIGO**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(nombre y firma)** | **TESTIGO**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(nombre y firma)** | | | |
|  | |  |