**ACTA DE INICIO DEL INVENTARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Item (1)**  (Nombre de la Dependencia) | **Item (2)Fecha:****Lugar: …………………………………..**  |
| **Item (3)** En la ciudad de , a los días del mes de del año **2013** en el Servicio de con Centro de Costo Nro. del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, siendo las hs., se da Inicio a la Toma de Inventario con la presencia de los siguientes funcionarios del MSP y BS: **Item (4)** **Participantes: Quién / Cargo (**Se registran todos los nombres de los que están físicamente presentes y que realizan el inventario, es Obligatorio completar todos los campos)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONARIOS DE LA FARMACIA**  | **CARGO** | **C.I.P.Nº** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **Item (5)**Para dar inicio a los trabajos de Inventario General correspondiente al Segundo Semestre del Ejercicio 2014 en conformidad con lo establecido en la RES Nº**…………………./13** de fecha……./……../………, “POR LA QUE SE AUTORIZA LA REALIZACION DEL SEGUNDO INVENTARIO EN LOS PARQUES SANITARIOS, LAS FARMACIAS Y DEPOSITOS DE ALMACENAMIENTOS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, DROGAS, REACTIVOS y EQUIPOS BIOMEDICOS DEL M.S.P. y B.S., CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO SEMESTRE DEL EJERCICIO FISCAL 2014.-**Item (6)** (Hacer doble click con el Mouse en el cuadro para abrir la planilla, modificar el centro de costo si fuese necesario, escribir solo importes, no sumar ni restar)**Item (7)**La existencia total valorizada de artículos al corte administrativo, según listado de Saldo de ProductosValorizados emitidos por el Sistema de Información y Control de Inventario Automatizado del Paraguay (SICIAP ) en fecha   asciende a G. …………………. (Guaraníes.- (En números) ( En Letras)**Item (8)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Corte de Documentos:** | **…..**/12/2014 |
| **Fecha de Inicio del Inventario:** | **…..**/12-2014 |
| **Motivo:** | **2do.** Inventario del año 2014 |
| **Hora de Inicio del Inventario:** | 00:00 Hs |
| **Enfoque del Inventario (Muestra o Integral):** | Integral (100%) |
| **Bienes comprendidos en el inventario:** | Integral (100%) |
| **Responsable del Recuento:** | Equipo de conteo |
| **Responsable del Orden Previo a Inventariar:** | Responsables de la dependencia |

El Inventario físico se realiza sobre la base de los informes de existencias de artículos de la (dependencia) del M.S.P. y B.S., emitidos por el **Sistema de Información y Control de Inventario Automatizado del Paraguay** (SICIAP ) La presencia de los funcionarios de los Órganos de **Control Internos o Externos**, es a los efectos de acompañar y evaluar los procedimientos de toma de inventario para satisfacer la razonabilidad de las cantidades que surgieron en el recuento físico de existencias. |
| **Item (9)**Firman de conformidad el presente documento los funcionarios responsables de la Farmacia en **5 (cinco)** ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIRECTOR:** | **C.I.P.Nº** | **FIRMA** |
|  |  |  |
| **REGENTE:** |  |  |
|  |  |  |
| **JEFE DE AREA:** |  |  |
|  |  |  |

 |
| **IMPORTANTE:** NO olvidar, los aquí firmantes deben foliar **(numerar)** y firmar todas las hojas de cada una de las carpetas (5 carpetas). |

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO “ACTA DE INICIO”**

**Item (1)**

En este espacio se debe Mencionar el Nombre de la Dependencia Inventariada

**Item (2)**

En este espacio se debe Mencionar la Fecha y el Lugar de la realización del Inventario.

**Item (3)**

En este espacio debe completarse claramente el lugar, fecha y hora exacta de inicio del Inventario, detallando a que servicio corresponde y cuales son los Nros. de Centros de Costos que tienen habilitados en dicha dependencias.

Ejemplo:

XX Depósitos

XX Vencidos, Rotos y/o Deteriorados

**Item (4)**

En este espacio debe detallarse con claridad y amplitud: Nombres y Apellidos, Cargo, Documento de Identidad y la Firma de los funcionarios que físicamente participaron en el Inicio del Inventario, según detalle solicitado bajo el cuadro de “**Participantes: Quién / Cargo”.**

**Item (5)**

En este punto del Acta de Inicio se debe mencionar claramente el Periodo que se va a Inventariar y asimismo mencionando la Resolución del M.S.P. y B.S. que autoriza la realización del Inventario correspondiente.

**Item (6)**

En este Item se deberá completar el cuadro en el que se solicita el detalle de la conformación de los importes mencionando los Nros. de los Centros de Costos, Nombre del Centro de Costo y el Importe de dicho Centro de Costo. Esta información será extraída de los listados proveídos por el SICIAP. Luego se sumaran los importes detallados de modo a establecer un total general.

**El cuadro esta diseñado en formato Excel y esta formulado para que al cargar los datos, estos se sumen o resten automáticamente, por ende no deben ser modificados sus campos.**

**Item (7)**

En este ítem se debe completar el Saldo total, en números y letras con decimales (si hubiere) de Productos Valorizados a la fecha del Corte Administrativo. Dicha información es suministrada a través del **Sistema de Información y Control de Inventario Automatizado del Paraguay** (SICIAP)

**Item (8)**

*En este punto del acta de Inicio se debe completar el cuadro, en forma detallada, los Alcances del presente Inventario.*

Asimismo la aclaración de donde fueron extraídas las informaciones procesadas.

También se menciona la función de la presencia de los Órganos de Control Internos y Externos.

**Item (9)**

En el cuadro del presente Item, se debe mencionar detalladamente el Nombre de las Autoridades de la dependencia, especificando su Nro de documento de Identidad y deberá estampar su firma y sello en el la misma. Deben foliar y firmar todas las hojas de cada carpeta **5 Carpetas) 1.- Para Auditoria Interna 1.- Para la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos 1.- Para la Dirección Financiera 1.- Para la Unidad de Control Interno y 1.- Para el Acuse de la Farmacia.**

**Item (10)**

**Listados que deben ser emitidos por el SICIAP:** Listado que deben ser emitidos del sistema SICIAP y que deben acompañar a este informe:

**Listado de Saldo de Productos**, Valorizados (Emitidos antes de dar inicio al Inventario)

Codificación, Descripción del Producto, Presentación, Precio Unitario, Cantidad, Valor (+) y (-)

**Informe de Producto para Balance (Listado Ciego):** (Emitidos antes de dar inicio al Inventario)

Codificación, Descripción del Producto, Presentación, Unidad de Medida, Cantidad s/sistema (Ciega) con tres columnas para recuento en caso de diferencia.

**Listado de Informe de Implantación Valorizado:** (Emitidos luego del conteo)

Codificación, Descripción del Producto, Presentación, Precio Unitario, Cantidad, Valor (+) y (-)