| OXIGENOS MEDICINALES | SOLICITUD BAJA DE ACTIVOS | FORMATO | |
|---|---|---|---|
| | | GAD-CAF-FR-03 | |
| | | Versión: 1 | Actualización: 17/07/2017 |
| | | Página 1 de 1 | |

| Nombre quien Solicita | INGRID BERNAL | Fecha Solicitud | 28 | 04 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|

## DETALLE DE LA SOLICITUD

| Causal de la Baja | |
|---|---|
| 1. Obsolescencia | |
| 2. Venta | |
| 3. Robo | |
| 4. Daño Total /Paciente | |
| 5. Daño Total /Empresa | |
| 6. Usuario no devuelve | |
| 7. Otro | x |

| Observación/ Causal |
|---|
| Paciente no se logra encontrar contacto familiares para recuperación de equipos |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Equipo para baja

| Item | Equipo | Código | | | | | | | | | | | | | | | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CONCENTRADOR 5 LTM | N | N | 4 | 9 | 7 | 0 | B | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DATOS USUARIO** (Si el causal de la baja es el punto 4 o 6 diligencie los siguientes datos)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del usuario: MARIA ZULUAGA | | | | | Documento Usuario: 22082772 | | | |
| No de Contrato: SEC-CT-3693 | ¿Acuerdo de pago? | X | Si | ¿Pago Realizado? | X | Si | Valor Cancelado: | |

**Observaciones**

| Responsable de Inventarios | Aprobación de la Solicitud |
|---|---|
| **Nombre:** | **Nombre: Diana Paola Rodriguez** |
| **Firma:** | **Firma:** |
| **Documento:** | **Documento:65781052** |