



## 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        | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Venta                | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Robo                 | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Daño Total /Paciente | <input type="checkbox"/>            |
| 5. Daño Total /Empresa  | <input type="checkbox"/>            |
| 6. Usuario no devuelve  | <input type="checkbox"/>            |
| 7. Otro                 | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

| Equipo para baja |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Item             | Equipo            | Código |   |   |   |   |   |   |   |   |  | Observación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                | CILINDRO RESPALDO | 1      | 8 | 5 | 6 | 3 | 3 | 1 | 9 | 0 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                | REGULADOR 870     | 1      | 8 | 0 | 9 | 0 | 0 | 8 | 6 | 2 |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Nombre del usuario: OLIVA ROMERO Documento Usuario: 24158862

No de Contrato: SEC-CT-2867 ¿Acuerdo de pago?  Si ¿Pago Realizado?  Si Valor Cancelado:

Observaciones

| Responsable de Inventarios | Aprobación de la Solicitud           |
|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>Nombre:</b>             | <b>Nombre: Diana Paola Rodriguez</b> |
| <b>Firma:</b>              | <b>Firma:</b><br>                    |
| <b>Documento:</b>          | <b>Documento:65781052</b>            |