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

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

## DETALLE DE LA SOLICITUD

| Causal de la Baja | | Observación/ Causal |
|---|---|---|
| 1. Obsolescencia | | Paciente fallecido no se logra encontrar familiares para recuperación de equipos |
| 2. Venta | | |
| 3. Robo | | |
| 4. Daño Total /Paciente | | |
| 5. Daño Total /Empresa | | |
| 6. Usuario no devuelve | | |
| 7. Otro | x | |

Equipo para baja

| Item | Equipo | Código | | | | | | | | | | | | | | | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CONCENTRADOR 5 LTM | N | N | 2 | 9 | 7 | 1 | B | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del usuario: LUIS CASTIBLANCO | | | | | | | | Documento Usuario: 17108764 |
| No de Contrato: SEC-CT-6561 | ¿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** |