



BAJA DE BIENES

FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA BAJA:

UNIDAD Y/O SERVICIO:

CARGO:

FECHA:

NOMBRE DE EQUIPO O BIEN	
DESCRIPCIÓN	
CANTIDAD	
NÚMERO DE INVENTARIO	
SERVICIO CLÍNICO QUE PERTENECE	
INFORME TÉCNICO DE LOS BIENES	
ESTADO DE CONSERVACIÓN	
BAJA DE BIENES CON ENAJENACIÓN (BIENES CONSIDERADOS PARA VENTA O REMATE)	
BAJA DE BIENES SIN ENAJENACIÓN (BIENES DESTINADOS A ELIMINACIÓN)	

NOMBRE Y FIRMA ENTREGA

NOMBRE Y FIRMA RECIBE