



## FORMULARIO DE BAJA Y/O TRASLADO DE ACTIVO FIJO

**Finalidad:** Para solicitar a la Unidad de Inventario, que los bienes detallados, sean retirados y/o Modificados del inventario y Contabilidad por las causas que se indican.

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

BOX / OFICINA: \_\_\_\_\_

### 1) IDENTIFICACION RESPONSABLE DE BIENES

NOMBRE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

RUN RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

### 2) DETALLE DE BIENES - BAJAS TRASLADOS

#### CAUSAS PARA TRAMITAR

1) DETERIORO PARCIAL 2) PERDIDA TOTAL 3) DESTRUCCION CON RECICLAJE DE PARTES Y PIEZAS 4) TRASLADO 8) OTROS : (Especificar en recuadro "Observaciones")

N°	CODIGO INVENTARIO	DESCRIPCION DEL BIEN (Tipo, Color, Medidas, Etc.)	MARCA Y MODELO	NUMERO DE SERIE	CAUSA BAJA (*)
1					
2					
3					
4					
5					

\* = Seleccionar numero de Causa o Motivo.

### 3) DESTINACION DEL BIEN

UNIDAD DE DESTINO: \_\_\_\_\_

BOX / OFICINA: \_\_\_\_\_

ENCARGADO DE UNIDAD: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE

En caso de traslado ambas partes reconocen que los bienes, son entregados en buen estado, por lo tanto, cualquier desperfecto, daño o perdida de sus capacidades serán cargado a la unidad que los recepciona, salvo "Observaciones" anotadas a la entrega y siempre que la alteraciones sean distintas al deterioro normal por uso.

### 4) ANTECEDENTES DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA (OPCIONAL EN CASO DE DONACIÓN)

RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

### 5) OBSERVACIONES

**FIRMA**  
Responsable Titular de Bienes

**V° B°**  
Direccion Depto. de Salud

**VERIFICACION FISICA DE BIENES**  
Fecha: \_\_\_\_\_

DISTRIBUCION: Responsable de Dependencia / Unidad de Inventario / Contabilidad Depto. de Salud.