| Instituto Nacional de Salud | PROCESO - RECURSOS FISICOS | DEVOLUCION Y/O TRASLADO DE BIENES MUEBLES | Versión: 04 |
|---|---|---|---|
| | | FOR-A10.0000-026 | 2023-09-01 |

**ALMACEN GENERAL**

| Fecha de solicitud: | | Uso Exclusivo Almacén NUMERO RADICADO : | |
|---|---|---|---|

| DEVOLUCION AL ALMACEN POR: | | TRASLADO ENTRE FUNCIONARIOS Y DEPENDENCIAS: | |
|---|---|---|---|
| SERVIBLE | | X | |
| OBSOLETO | | | |
| INSERVIBLE | | | |
| | | Uso Exclusivo Almacén FECHA DE TRASLADO : | |
| COMPROBANTE DE ENTRADA N° : | | COMPROBANTE DE SALIDA N° : | COMPROBANTE DE TRASLADO N° : |

| NUMERO DE INVENTARIO | DESCRIPCION DEL ELEMENTO | MARCA | SERIE |
|---|---|---|---|
| 40927 | CENTRIFUGA REFRIGERADA DE MESA ROTINA 380R, 110-120V INCLUYE REF. 1706-01 / 1770-1798 | N/A | 0000708-07 |

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
ÁREA ALMACÉN E INVENTARIOS
13 JUN 2024
Hora: 03:28 PM
Recibido:

**FUNCIONARIO QUIEN ENTREGA :**

**Firma**

**Nombre:** MELO GONZALEZ EDWIN ALBERTO
**Cc. No.** 80.181.217
**Dependencia:** GRUPO EQUIPOS DE LABORATORIO

**FUNCIONARIO QUIEN RECIBE :**

**Firma**

**Nombre:** RENGIFO CASTILLO AURA CATHERINE
**Cc. No.** 52737172
**Dependencia:** GRUPO MORFOLOGIA CELULAR - DISP

**Vo.Bo. Supervisor del Contrato**

**Vo.Bo. Jefe de dependencia**

**Observaciones:**

Nota: Si el bien es transferido por Contratista requiere **Vo.Bo** del supervisor.

**Diligenciar en caso de ser necesario** Ejemplo: "funcionario ausente por alguno de los casos contemplados en el Manejo administrativo de bienes del INS (MNL-A10.0000-001), justificación para dar de baja elementos en no explotados y demás novedades relevantes"