



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CLAVE 401 01-02
 SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
 BIENES Y SUMINISTROS
SOLICITUD DE BAJA DE BIENES MUEBLES



ÁREA SOLICITANTE: _____

FOLIO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____
DÍA MES AÑO

TELÉFONO: _____

TIPO DE MOVIMIENTO: _____

No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	NÚMERO DE INVENTARIO O CONTROL INTERNO	MARCA	MODELO	NÚMERO DE SERIE	MOTIVO DE LA BAJA	DESTINO DEL BIEN <small>(Reasignación o Baja definitiva)</small>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

Nota: En caso de que el bien tenga un número de inventario o número de control económico, se registrará un bien por renglón.

FECHA COMPROMISO: _____

FECHA DE LIBERACIÓN: _____

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO U OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN

VO.BO. DE CONFIRMACIÓN DE REQUISITOS

VERIFICACIÓN DEL ESTADO DEL BIEN
(Sólo en caso de equipo de cómputo)

 NOMBRE Y FIRMA
 RESPONSABLE DEL ÁREA SOLICITANTE

 CD. Esp. Guadalupe Marcela Ramírez Macías
 JEFE DE BIENES Y SUMINISTROS

 NOMBRE Y FIRMA
 RESPONSABLE DEL ÁREA DE SISTEMAS