

<div>FOMAG</div> <div>Administrado por: {fiduprevisora}</div>	FORMATO Acta de devolución equipo de computo	PROCESO: Administración de servicios de salud
		CÓDIGO:
		VERSIÓN:

Regional:	1	Departamento:	Cundinamarca	Ciudad:	Bogota	Fecha:	23/07/2025
-----------	---	---------------	--------------	---------	--------	--------	------------

I. DATOS DEL USUARIO (*)											
Nombres:		Ivan David		Apellidos:		Bermudez Castañeda		Cédula:		1.122.415.324	
Nivel y escala:		Ejm: Tecnico 6		Denominación del cargo:		Tecnico Desarrollador		Usuario:		ibermudezc@fomag.gov.co	
Dependencia:		Sistemas de informacion		Sede / Oficina:		Nacional - Edificio Davivienda, piso 11		Número de contacto		3024670656	

II. DATOS DEL EQUIPO(*)																			
Equipo		Portátil		<input type="checkbox"/>		Serial:		8AEYU22427100891		Placa:		EC0582							
		Desktop		<input checked="" type="checkbox"/>		Marca:		HUAWEY		Modelo:		PUBZ-W5891A							
Monitor		Serial:		VNA26CNY		Placa:		EC00830		Marca:		Ejm: Lenovo		Modelo:		Ejm: Thinkvision			
Mouse:		<input checked="" type="checkbox"/>		Teclado:		<input checked="" type="checkbox"/>		Cable de poder		<input checked="" type="checkbox"/>		Cable HDMI/VGA		<input checked="" type="checkbox"/>		Cable de red:		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cargador de batería portátil:		<input type="checkbox"/>		Base soporte portátil:		<input type="checkbox"/>		Multipuerto USB:		<input type="checkbox"/>		Morrall:		<input type="checkbox"/>		Guaya:		<input type="checkbox"/>	

Nota: En caso de finalización del contrato y una vez es entregado el equipo por el colaborador, se realiza "borrado seguro de la información". Esto implica la eliminación permanente e irrecuperable de la información contenida en el equipo, garantizando la protección de los datos.

Observaciones
El equipo esta funcionando en perfectas condiciones con el desgaste natural del uso durante un año.

III. INFORMACIÓN DE DEVOLUCIÓN (*)

Quien entrega

Quien recibe



Firma del colaborador que entrega el equipo

Nombre

Cargo Tecnico Desarrollador

Entidad FOMAG - Fiduprevisora S.A.

Firma del colaborador que recibe el equipo

Nombre

Cargo

Entidad

Firma del Director o Coordinador (**)

Nombre

Cargo

FOMAG

* Información obligatoria

** Aplica cuando la entrega se realice en alguna de las sedes regionales o departamentales

Nota: Remitir este formato diligenciado y firmado al jefe inmediato con copia a la Oficina de Talento Humano