



INFORME DE BAJA DE EQUIPOS ELECTROMÉDICOS

P27.1/GM1/14
V2

DATOS DE UBICACIÓN			
Nombre centro		Código centro	
Servicio		Unidad	
Responsable		Planta	
		Hueco	
DATOS DEL EQUIPO			
Descripción		Modelo	
Marca		Propiedad	
Nº serie			
Nº de inventario		Nº inventario padre	
INFORME JUSTIFICATIVO			
Fecha baja			
OBSERVACIONES			
Se adjunta presupuesto de reparación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Número orden de trabajo <input type="text"/>
Se adjunta presupuesto de reposición	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se adjunta SAT oficial justificativo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se adjuntan otros documentos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se ha realizado limpieza de datos de paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ACEPTACIÓN DE LA BAJA			
Manterimiento	Compras	Servicio Asistencial	
Fecha	Fecha	Fecha	