**ACTA DE INSPECCION OCULAR**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_\_horas, del día\_\_\_\_\_, del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, se reunieron en las instalaciones de la bodega del (centro de atención / nivel central), los siguientes funcionarios:

|  |  |
| --- | --- |
| Director Centro de Atención | Nombres, apellidos |
| Almacenista Centro de Atención | Nombres, apellidos |
| Almacenista General | Nombres, apellidos |

Con el fin de verificar el estado que se encuentran para su posterior disposición final (botar, donación, destrucción, incineración según el caso), de los elementos a dar de baja definitiva, según solicitudes de funcionarios de los diferentes centros de atención de la E.S.E. Departamental “Solución Salud”, recibidas en el periodo comprendido del mes \_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN ELEMENTO** | **PLACA** | **CANT.** | **VR. UNIT.** | **VR. TOTAL** |
|  |  |  |  |  |

Siendo las\_\_\_ horas, se dio por terminada la Inspección ocular, en constancia firman quienes en ella intervinieron.

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE FUNCIONARIO NOMBRE FUNCIONARIO

DIRECTOR CENTRO ATENCION CARGO DEL FUNCIONARIO

(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE FUNCIONARIO

CARGO DEL FUNCIONARIO