

 Hospital María Auxiliadora <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA NIT. 832.010.436-9</small>	PLAENACIÓN	
	SOLICITUD PRESTAMO VIDEOBEAM Y COMPUTADOR PORTATIL	Código: UP_FT_001

Fecha solicitud: _____

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre del solicitante	Obligatorio		
Dependencia	Obligatorio	Cargo	Obligatorio
Correo electrónico del solicitante	Obligatorio		

DATOS DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR CON EL USO DE VIDEOBEAM Y PORTATIL							
Nombre	Obligatorio						
Descripción	Obligatorio						
Fecha	Día		Mes		Año		Hora Inicio y finalización
Lugar donde se llevará acabo	Auditorio: ___ / Sala de Juntas: ___						
Coordinador de la actividad y/o contacto	Obligatorio					Celular	Obligatorio
Observaciones:							

Nota: Una vez realizada la actividad la persona encargada de la misma debe entregar en perfecto estado el video beam y el computador portátil, así mismo, asegurarse de entregarlos funcionando correctamente al área de sistemas y/o planeación.

Firma Solicitante

Sello Recibido