



NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_

### TRASLADO DE MEDICAMENTOS , MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO Y OTROS INSUMOS DE UNIDADES EJECUTORAS A UNIDADES DEPENDIENTES DE PRESUPUESTO

Fecha de Emisión:    /    /

No. Correlativo: \_\_\_\_\_

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD SOLICITADA EN PLAN DE COMPRAS CUATRIMESTRAL	CANTIDAD ENTREGADA	PROVEEDOR	No. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	No. DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL

**Motivo:** Traslado de medicamentos, material médico quirúrgico y otros insumos, solicitados en la proyección de compras cuatrimestral a la Unidad Ejecutora

Nombre de la Unidad Ejecutora de Presupuesto:		Nombre de la Unidad Dependiente de Presupuesto:	
---	--	---	--

Clave de Unidad Ejecutora de Presupuesto:		Clave de Unidad Dependiente de Presupuesto:	
---	--	---	--

DATOS DE BODEGUERO QUE ENTREGA		DATOS DE BODEGUERO QUE RECIBE	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Firma y Sello:		Firma y sello :	

<b>AUTORIZA :</b> _____ <p style="text-align: center;">Nombre, Firma y Sello  <b>JEFE DE FARMACIA Y BODEGA/ENCARGADO DE BODEGA/BODEGUERO</b></p>	<b>AUTORIZA :</b> _____ <p style="text-align: center;">Nombre, Firma y Sello  <b>JEFE DE FARMACIA Y BODEGA/ENCARGADO DE BODEGA/BODEGUERO</b></p>
<b>Vo.Bo.</b> _____ <p style="text-align: center;"><b>Director /Encargado de la Unidad Médica</b></p>	<b>Vo. Bo.</b> _____ <p style="text-align: center;"><b>Director /Encargado de la Unidad Médica</b></p>

ORIGINAL: Unidad Ejecutora que entrega

Duplicado: Unidad que recibe

Triplicado: Departamento de Contabilidad en el Reporte de Ingresos y Egresos

**OBSERVACIÓN:**

Este Formulario únicamente aplica para traslado de medicamentos, material médico quirúrgico y otros insumos en las cantidades programadas en el Plan de Compras cuatrimestral, presentado a la Unidad Ejecutora de Presupuesto, por las Unidades dependientes de éstas, que aún conservan claves administrativas independientes.

Cuadruplicado: Auditoría Interna