



**República de Panamá**  
**INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**UNIDAD DE INFORMÁTICA**

**DEVOLUCIÓN DEL EQUIPO Y ACCESORIOS**

**Verificación del Equipo**

<b>Buen Estado</b>	<b>Completo</b>	<b>Mal Estado</b>	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>
<input type="checkbox"/> Proyector multimedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proyector multimedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cámara digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cámara digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cámara Web	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cámara Web	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Baterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Baterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disco duro externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Disco duro externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conexión eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Conexión eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cable USB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cable USB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cable de salida de puerto paralelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cable de salida de puerto paralelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro \_\_\_\_\_

Fecha de devolución del equipo: \_\_\_\_\_

Firma de enterado del agente de seguridad de turno (ingreso a la institución): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Técnico informático que recibe y revisa el equipo

Fecha de revisión del equipo: \_\_\_\_\_

Enterado: \_\_\_\_\_  
 Director/a del Departamento donde pertenece el equipo.

\_\_\_\_\_  
 Firma del funcionario que devuelve el equipo

\_\_\_\_\_  
 Firma del funcionario de la unidad ejecutora que recibe el equipo

**Nota: Queda entendido que somos responsables de la devolución en perfecto estado del equipo solicitado y en caso de pérdida o daño del mismo, nos comprometemos a asumir su costo.**

**Observación:** a. El equipo debe ser solicitado con tres días de antelación.  
 b. El equipo debe ser devuelto inmediatamente termine su uso, no debe pasar más de 24 horas, un (1) día.