

Código Documental: **FO-SE-03** Versión: **1** Fecha de actualización: **3-Feb-20** Página: **1 de 1**

Trabajamos para mejorar la calidad de nuestros procesos. Favor llenar en LETRA DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE CADA CAMPO del presente formulario, para poder brindarle un servicio mas eficiente. GRACIAS POR COLABORAR CON NOSOTROS.

FECHA DEL REPORTE:   -   -     No. REPORTE:

DÍA                      MES                      AÑO

**PERSONA QUE REPORTA EL OBJETO:**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA CON LA INSTITUCIÓN:	UBICACIÓN O LUGAR:
<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Hembras Nivel <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Empleado Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Baño
<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> Varones Edif. <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estudiante Matricula <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Recepción Edificio <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Areas Verdes <input type="checkbox"/> Parqueo
<input type="checkbox"/> Educ. Cont.	<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Cafetería
<input type="checkbox"/> Visitante	
<input type="checkbox"/> Otro vínculo	
<input type="checkbox"/> Proveedor	

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO O ARTÍCULO QUE REPORTA**  
(Color, tamaño, peso, forma, señas particulares, etc.)

Aula No.  -

Auditorio  Edificio

27 Febrero  OMSA

Autobús

Charles de Gaulle  OTROS

**FECHA Y HORA DEL SUCESO:**

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
DIA/MES/AÑO                      HORA

Conductor: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD. FAVOR DE NO LLENAR ESTA PARTE.**

ENTRADA O RECEPCIÓN DE ARTÍCULO	SALIDA O LIBERACION DE ARTÍCULO
NOMBRE DEL SEGURIDAD DE TURNO _____	NOMBRE DEL SEGURIDAD DE TURNO _____
CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
HORA: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
FIRMA DEL SEGURIDAD QUE RECIBE _____	FIRMA DEL SEGURIDAD QUE ENTREGA _____

En el área donde se reportó el objeto perdido hay cámaras de vigilancia?  Sí  NO

**DESCARGO DEL ARTICULO**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA EL OBJETO \_\_\_\_\_

Empleado Código:

Estudiante Matrícula:     -

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_