|  |
| --- |
| **VALE DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS DEL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN DEL TESE** |
| **NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE** | **COD. IDEN:** |
| **NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE TRANSFIRIÓ LA DOCUMENTACIÓN** |
| **N° Y FECHA DE REMESA DE ENVÍO** | **FECHA DE PRÉSTAMO** | **FECHA DE DEVOLUCIÓN** | **FECHA DE REINTEGRACIÓN AL ACTESE** |
| **CLAVE, NOMBRE Y FOLIOS DEL DOCUMENTO REQUERIDO:** |
|  |
|  |
| **SELLO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE** | **NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITATE** |

|  |
| --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN DEL TESE** |
| **UBICACIÓN TOPOGRÁFICA DEL DOCUMENTO** |
| **SECCIÓN** | **EDIFICIO** | **SALA O ÁREA** | **FILA** | **ESTANTE** | **ENTREPAÑO** | **N° DE CAJA** |
| **ESTADO FÍSICO DEL DOCUMENTO** |
| **SALIDA** BUENO COMPLETO REGULAR INCOMPLETO  MALO | **REGRESO** BUENO COMPLETO REGULAR INCOMPLETO  MALO |
| **OBSERVACIONES**  |
|  |
|  |
|  |
| **AUTORIZACIÓN DEL PRÉSTAMO****ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN DEL TESE****(Nombre y Firma)** | **RECIBE DOCUMENTO****UNIDAD ADMINISTRATIVA SOLICITANTE****(Nombre y Firma)** | **ENTREGA DOCUMENTO****DOCUMENTALISTA DEL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN DEL TESE** **(Nombre y Firma)** |