

FORMATO DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

Oficina Productora	
---------------------------	--

Para COMITÉ DE ARCHIVO (Para su aval Adjuntamos la relación de documentos a eliminar atendiendo lo dispuesto en la T.R.D.)

Según la TABLA DE RETENCIÓN que tenemos aprobada en _____, y según la Legislación o Reglamento General de Archivo le aviso que en fecha _____ eliminaremos los siguientes documentos:

Código	Contenido	Fechas	Volumen	Unidad de Conservación

Firma Jefe de Oficina

Firma Auxiliar Archivo

VoBo Comité de Archivo

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: FO – GIF - 15	VERSIÓN: 01 - 2016	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	FECHA: Agosto 02 de 2.016	FIRMA: _____

Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com
Nit 890907297-3