



Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Medicina Mexicali  
Administración

2024

Solicitud de Conservación

(Sello de Recibido)

Programa		Laboratorio o Área Solicitante	Fecha Solicitud		
			Día	Mes	Año
Código Contable	Importe	Descripción			

Solicitante

Nombre y firma

Folio de OT	MIR	Acción
-------------	-----	--------

--	--	--