



**Unidad para la Atención
y Reparación Integral
a las Víctimas**

FORMATO SOLICITUD DE INACTIVACIÓN RECURSOS TECNOLÓGICOS	Código:	130.13.15-2
	Versión:	1
PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Fecha de Aprobación:	18.06.2014
PROCEDIMIENTO DE DESACTIVACION A USUARIOS DE SISTEMAS DE INFORMACION	Pág:	1 de 1

Fecha diligenciamiento: DIA _____ MES _____ AÑO _____

Nombre del Funcionario o Contratista: _____
Nombres y Apellidos de la persona que no necesita acceso a recursos tecnológicos

Correo electrónico _____

Cargo: _____ Dependencia: *ESCRIBIR A QUÉ GRUPO DE TRABAJO Ó D.T. PERTENECE EN LA UNIDAD*

Recursos Tecnológicos que requiere inhabilitar: _____
Marque con X

<input type="checkbox"/> RUV Temporal	<input type="checkbox"/> INDEMNIZA	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> SIPOD	<input type="checkbox"/> MAARIV	<input type="checkbox"/> Acceso a PC asignado
<input type="checkbox"/> SIRAV	<input type="checkbox"/> ORFEO	<input type="checkbox"/> Otros, ¿Cuáles?
<input type="checkbox"/> SIV	<input type="checkbox"/> Liquidador	_____
<input type="checkbox"/> AHE	<input type="checkbox"/> ASTREA	_____
<input type="checkbox"/> AHÍ	<input type="checkbox"/> VIVANTO	_____
<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> ASDOC	_____

Jefe o supervisor: _____
Nombres y Apellidos de quien autoriza la inhabilitación de recursos tecnológicos (Quien diligencia este formulario)

Motivo

OBSERVACIONES O SUGERENCIAS

SE ANEXAN:

FIRMA Y NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO
CARGO