



Instituto Nacional de Pediatría

“Solicitud de Creación o Modificación de Documentos”

Para ser llenado por Representante de la Dirección	Folio:
	Fecha:

DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

(Marque con una “X” y requisiite según corresponda)

<input type="checkbox"/> Manual de Gestión de la Calidad	<input type="checkbox"/> Manual de Planeación de la Calidad
<input type="checkbox"/> Manual de Procedimientos Normativos	<input type="checkbox"/> Otro ¿cual? _____
<input type="checkbox"/> Manual de Organización de la Subdirección de: _____	
<input type="checkbox"/> Manual de Procedimientos Operativos e Instrucciones de Trabajo de: _____	
<input type="checkbox"/> Manual de Instrucciones de Trabajo (Cuidados Enfermeros) de: _____	

MOTIVO: Cambio Creación Baja

DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

(Requisite según corresponda)

Nombre del procedimiento: _____
Número de página: _____

Dice:
Debe decir:

SOLICITANTE	RESPONSABLE DE ÁREA
Nombre:	Nombre:
Firma:	Firma:
	Vo. Bo.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Nombre: Dr. Juan Pablo Villa Barragán	<input type="checkbox"/> Aprueba <input type="checkbox"/> Rechaza
Firma:	

Motivo (Sólo en caso de rechazo):
--