

FORMULARIO ORDEN DE SERVICIOS

Solicitante: _____ Responsable: _____

Nombre del documento: _____

Fecha: _____ Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

ESPECIFICACIONES DEL TRABAJO

Cantidad de páginas: _____ Cantidad de ejemplares: _____

Tipo de Papel: Papel bond Cartulina

Tamaño: Carta Oficio Doble carta Otros _____

Impresión a una tinta Impresión a color Impresión a una cara Impresión tiro y retiro Impresión Braille

Otras especificaciones requeridas: _____

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS A PRESENTAR

Cuadro de existencias

Justificación

Muestra del Arte

VALIDACIÓN DE ORDEN

Si procede de Secretaría de Estado

Nombre y firma de la Jefatura

Visto Bueno

Nombre y firma de Director

Si procede de Regiones de Salud y dependencias

Nombre y firma de Director Regional

Visto Bueno

Nombre y firma de Director de Primer Nivel de Atención

Si procede de Hospitales

Nombre y firma de Director de Hospital

Visto Bueno

Nombre y firma de Director Nacional de Hospitales

Nombre y firma de Jefatura
Unidad de Gestión Documental

PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE IMPRENTA

Documentación completa Si No

Observaciones: _____

Visto Bueno Oficina de Imprenta: _____