**Instituto Nacional de Pediatría**

**Dirección de Planeación**

**Departamento de Gestión de la Información**

**Área Coordinadora de Archivos**

**CATÁLOGO DE FIRMAS AUTORIZADAS**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unidad Administrativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERSONAL AUTORIZADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área** | **Nombre** | **Número de empleado** | **Cargo** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **EL QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE LAS PERSONAS CUYO NOMBRE Y FIRMA APARECEN EN ESTE DOCUMENTO ESTÁN AUTORIZADOS PARA CONSULTA Y PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES.** |
| **Titular de la Unidad Administrativa** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre, cargo y ﬁrma** |