Esta sección deberá ser requisitada por el solicitante:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos del solicitante** | **Nombre**: | **Puesto**: | **Área**: |
| **Fecha de solicitud** | Día: Mes: Año: | | |
| **Tipo de solicitud** | Alta | Baja | Modificación |
| **Información del usuario** | Correo electrónico:  CURP:  Unidad médica: | | |
| Seleccionar un perfil de usuario: | | | |
| **Control:**   * Embarques * Escaneos * Inventario físico * Entradas * Salidas * Productos * Proveedores * Presentaciones * Existencia * Reportes | | **Consulta:**   * Existencia * Inventario Físico * Productos * Presentaciones * Proveedores | |
| **Administrativo 1:**   * Entradas * Salidas * Productos * Existencia * Proveedores * Presentaciones * Embarque | | **Administrativo 2:**   * Salidas * Embarque * Existencia | |
| **En caso de ser MODIFICACIÓN, especificar los cambios que se requieren aplicar:** | | | |

Esta sección deberá ser requisitada por el responsable de brindar accesos al sistema:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos del responsable de brindar el acceso** | Nombre: | Puesto: | Área: |
| **Fecha de aplicación** | Día: Mes: Año: | | |
| **Usuario en sistema** |  | | |
| **Observaciones** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITADO POR:** | **REVISADO Y AUTORIZADO POR:** | **RECIBIDO Y VALIDADO POR:** |
|  |  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y FECHA | NOMBRE, FIRMA Y FECHA | NOMBRE, FIRMA Y FECHA |