|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPENDENCIA** | SERVICIOS DE SALUD | **(1)** |
| **DIRECCIÓN:** |  | **(2)** |
| **SUBDIRECCIÓN:** |  | **(3)** |
| **DEPARTAMENTO:** |  | **(4)** |

|  |
| --- |
| **FECHA:** |
| **(5)** |
| **NO. DE CAJAS** |
| **(6)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO. CONSECUTIVO** | **NO. DE CAJA** | **DESCRIPCIÓN** | **TIPO DE DOCUMENTO** | | **OBSERVACIONES** |
| **APOYO INFORMATIVO** | **COMPROBACIÓN ADMINISTRATIVA INMEDIATA** |
| **(7)** | **(8)** | **(9)** | **(10)** | **(11)** | **(12)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

RESPONSABLE DEL ÁREA PRODUCTORA RESPONSABLE DE LA

DE LA INFORMACIÓN COORDINACION DE ARCHIVO

**(13) (14)**

NOMBRE NOMBRE

**INSTRUCCIONES**

1. **DEPENDENCIA:** Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí.
2. **DIRECCION:** Indicar la dirección a la que pertenece el área productora.
3. **SUBDIRECCIÓN:** Indicar la subdirección a la que pertenece el área productora.
4. **DEPARTAMENTO:** Indicar el Departamento que está elaborando el expurgo.
5. **FECHA:** Fecha en la que se clasifico la información dd/mm/aaaa.
6. **NUMERO DE CAJAS:** Número de cajas que se entregan de expurgo.
7. **No. CONSECUTIVO:** Indicar el consecutivo.
8. **No. DE CAJA:** Indicar el número que parece en la etiqueta de la caja.
9. **DESCRIPCIÓN:** Describir el contenido de los documentos brevemente
10. **APOYO INFORMATIVO:** Marcar en caso de que sea apoyo informativo
11. **COMPROBACIÓN ADMINISTRATIVA INMEDIATA:** Marcar en caso de que sean de comprobación inmediata
12. **OBSERVACIONES:** breves anotaciones relevantes sobre la información del expediente.
13. **RESPONSABLE DEL ÁREA PRODUCTORA:** Nombre y firma del responsable.
14. **RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN:** Nombre y firma del responsable.