|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NOTIFICACIÓN DE MODIFICACIÓN AL SISTEMA**  **PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS** | | | | | | **CÓDIGO:** CBDMQ-ISO-R-27  **Nº ……………** |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | |
| Nombre: | | | | Teléfonos contacto: | | |
| Dirección: | | | | Correo electrónico: | | |
| CI./RUC: | | | | Fecha de solicitud: | | |
| **NOTIFICACIÓN** | | | | | | |
| Mediante el presente documento notifico al Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, que en el proyecto que se detalla a continuación, se realizarán modificaciones al Sistema Contra Incendios que cumplirán con todas las disposiciones y normativa vigente en materia de Protección Contra Incendios.  Nombre del Proyecto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No Predio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Visto Bueno Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de aprobación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA** | | | | | | |
| \_\_\_\_ Planos de la Instalación aprobados (Sólo de los cuales se van a realizar los cambios) | | | | | | |
| \_\_\_\_ Planos de la instalación modificados(Sólo de los cuales se realizan los cambios) | | | | | | |
| \_\_\_\_ Registros de pruebas en la instalación modificada (Aplica para sistemas contraincendios que ya han sido instalados al momento de  presentar la notificación de cambios. Incluir firmas de responsabilidad tanto del instalador como del propietario) | | | | | | |
| \_\_\_\_ Justificación técnica escrita de las modificaciones | | | | | | |
| **OCUPACIÓN** | | | | | | |
| □Almacenamiento □Educación o enseñanza □Hospedaje y residencial especial □Industrial  □Servicios de Salud □Oficinas □Reunión Pública □Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Elementos a Modificar** | | **Cantidad.** | **Descripción de la Modificación** | | | |
| Se describe los elementos que van a ser modificados (Gabinetes, Rociadores, detectores, etc.) | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | |  |  | | | |
| Otros cambios a realizarse (detallar): | |  |  | | | |
|  | |  | **FIRMAS** | | | |
| **PROPIETARIO** | **PROFESIONAL RESPONSABLE** | | | | **REVISADO** | |
| Nombre: | Nombre: | | | | Firma: | |
| Firma: | Firma: | | | | Nombre: | |
| Inspector Técnico CB-DMQ | |
| C.I: | C.I: | | | | **ESPACIO PARA USO DEL CB-DMQ**    **MOD. Nº\_**\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_CBDMQ-2018**  **FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| Teléfono: | Teléfono: | | | |
| Correo Electrónico: | Correo Electrónico: | | | |
|  | Registro CB-DMQ Nº: (No aplica hasta tener registro) | | | |