	FORMATO CONTROL DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS	CODIGO	CCMRAC-22
		VERSION	00
		FECHA	14 /07 /2014
		Página 1 de 1	

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE ENTREGA: _____ SEDE_____

NOMBRE DE USUARIO: _____

TIPO DE TRÁMITE: _____

*DIRECCION: _____

*TELEFONO FIJO O CELULAR: _____

*CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE PERSONA DE CONTACTO: _____

Nº De Folios _____ Entrega Copias SI_____ No _____

El documento se presenta por: 1ª Vez ____ 2da Vez ____ 3ª Vez ____ Mas de 3 veces ____

OBSERVACION No. 01. _____

_____

OBSERVACION No. 02. _____

_____

_____

OBSERVACION No. 03. _____

_____

_____

*Campos obligatorios

Nota: Favor presentar este formato para la próxima consulta del Documento.

Firma del Funcionario que Revisa: _____