	FORMATO DE REVISION DE DOCUMENTOS	CODIGO	CCMRAC-15
		VERSION	01
		FECHA	02/01/2014
		Página 1 de 1	

FECHA DE REVISION: _____

NOMBRE/SIGLA: _____

No. DE FOLIOS REVISADOS: _____

No. DE FOLIOS RECEPCIONADOS EN CAJA _____ ENVIADOS A ARCHIVO: _____

OBSERVACIONES: _____

Vo. Bo. _____

Nombre Persona Contacto o Encargado del Tramite :	No. Tel. o Celular

	FORMATO DE REVISION DE DOCUMENTOS	CODIGO	CCMRAC-15
		VERSION	01
		FECHA	02/01/2014
		Página 1 de 1	

FECHA DE REVISION: _____

NOMBRE/SIGLA: _____

No. DE FOLIOS REVISADOS: _____

No. DE FOLIOS RECEPCIONADOS EN CAJA _____ ENVIADOS A ARCHIVO: _____

OBSERVACIONES: _____

Vo. Bo. _____

Nombre Persona Contacto o Encargado del Tramite :	No. Tel. o Celular

	FORMATO DE REVISION DE DOCUMENTOS	CODIGO	CCMRAC-15
		VERSION	01
		FECHA	02/01/2014
		Página 1 de 1	

FECHA DE REVISION: _____

NOMBRE/SIGLA: _____

No. DE FOLIOS REVISADOS: _____

No. DE FOLIOS RECEPCIONADOS EN CAJA _____ ENVIADOS A ARCHIVO: _____

OBSERVACIONES: _____

Vo. Bo. _____

Nombre Persona Contacto o Encargado del Tramite :	No. Tel. o Celular