

**COMISIÓN MIXTA DE ESCALAFÓN**
**FORMATO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS**
CME/10-05

 FECHA:  HORA: 

 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: 

 NOMBRE Y No. DEL PLANTEL: 

 RECIBI DE   SOBRES

CERRADOS QUE CONTIENE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE ESCALAFÓN A NOMBRE DE:

No.	NOMBRE	OBSERVACIONES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

---

FIRMA

46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

---

FIRMA