

OPD CONSEJO ESTATAL DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
FORMATO DE CONSULTA O PRESTAMO DE DOCUMENTO
 CONTROL ARCHIVISTICO



NO.	NO. CARPETA	NO. CAJA	NO. FOLIO Y/O SERIE DOCUMENTAL	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ARCHIVO	INFORMACIÓN DEL USUARIO		DOCUMENTO ENTREGADO		DOCUMENTO RECIBIDO	
					NOMBRE DE PERSONA O ENTIDAD	DEPENDENCIA	FECHA DE RETIRO	FIRMA	FECHA DE DEVOLUCION	FIRMA
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										

[Handwritten signatures and initials in the right margin]