	Número:	Revisión:
Tipo de Documento:		Página:
Título:		Fecha:

Elaboró:	Revisado por:	Autorizado por:
RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO NOMBRE: FIRMA:	DIRECTOR DE ÁREA NOMBRE: FIRMA:	DIRECTOR GENERAL O REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC FIRMA:

Aviso: Este documento es de uso exclusivo del Colegio de Bachilleres del Estado de Baja California, por lo tanto queda prohibida la salida de esta Institución sin la autorización correspondiente de acuerdo al Procedimiento Control de Documentos (PCD-4.2.3-01)

REGISTRO DE REVISIÓN

REVISIÓN	SECCIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN

DISTRIBUCIÓN: