

Entidad Federativa/Sistema Municipal D
Formato de aportaciones federales en ma
Al período (trimestral o anual) PRIMER TRIMES

Tipo de movimiento	Nombres	Tipo de Plaza	Numero de horas	Funciones especificas	Clave de pago
--------------------	---------	---------------	-----------------	-----------------------	---------------

SIN DAT

Total de personal comisionado o con licencia

01 DE ENERO AL 31 DE MARZO 2016

IF de Chalco
tería de salud
TRE DEL AÑO 2016

Fecha comision o Licencia		Centro de trabajo	
Inicio	Conclusion	Origen	Destino
OS			