

**FORMULARIO DE ASISTENCIA A ELECCIONES DE CARGO / ACTOS DE TRASLADOS / CONCURSOS EN GENERAL**

DEPENDENCIA: Inspección Departamental de \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario	Ficha de cobro	Cédula de Identidad	Carga Horaria	Compensación		Tipo de actividad			Día	Hora	
				T.P.	P.O.	Traslado	Elección de cargo	Concurso		Entrada	Salida

\_\_\_\_\_  
Jefe de Departamento\_\_\_\_\_  
Mtra. Inspectora Departamental