

**APORTACIONES FEDERALES EN MATERIA DE SALUD**

Entidad Federativa:

Período:

Personal comisionado o con licencia

Tipo de movimiento	Nombres	Tipo de plaza	Número de horas	Funciones específicas	Clave de pago	Fecha comisión o licencia		Centro de trabajo	
						Inicio	Conclusión	Origen	Destino
<b>NO APLICA</b>									

Total de personal comisionado o con licencia