



COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE PASAJES

Órgano de Operación
Administrativa Desconcentrada : _____

**SOLICITUD PARA EL TRÁMITE
DE LA COMPENSACIÓN FIJA PARA
PASAJES
CONCEPTO 026**



CLÁUSULA 103 DEL C.C.T.

Día	Mes	Año	Número de Control

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s):
Matrícula:	Categoría:	
Adscripción:		
Funciones Extramuros:	Periodo de traslado:	

TRABAJADOR _____ Nombre y Firma	FIRMA DEL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD O JEFE DE DEPENDENCIA _____ Nombre y Firma
---	---

DICTAMEN DE LA COMISION NACIONAL/SUBCOMISION MIXTA DE PASAJES

Importe quincenal a pagar	\$ _____ (_____) con número _____ con letra _____
Por el lapso del _____ de _____ al _____ de _____ de _____	

Observaciones:

REPRESENTANTE DEL IMSS _____ Firma	REPRESENTANTE DEL SNTSS _____ Firma
--	---

PARA USO EXCLUSIVO DEL AREA DE SERVICIOS AL PERSONAL/DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Reporte de Inclusión		Reporte de Pago Retroactivo	
Matrícula		Matrícula	
Concepto	+ 026	Concepto	+ 026
Unidades	+ _____	Unidades	+ _____
Importe	+ _____	Importe	+ _____
Quincena Inicial	_____	Quincena Inicial	_____
Quincena Final	_____	Quincena Final	_____
No. de Control	_____	No. de Control	_____
Cifra de Control	= _____	Cifra de Control	= _____
Inclusión del Concepto	Exclusión del Concepto	Qna. de Inclusión	_____

JEFE DE LA OFICINA DE PRESTACIONES _____ Nombre y Firma	RESPONSABLE DE LA SECCION DE PRESTACIONES _____ Nombre y Firma
---	--