



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

DICTAMEN DE LA COMISION NACIONAL/SUBCOMISION MIXTA DE PASAJES

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

Observaciones:

REPRESENTANTE DEL IMSS	REPRESENTANTE DEL SNTSS
Firma	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

1A32-009-007