COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

COMPROBANTE DE ASISTENCIA GRATUITO

México D. F. a _____ de ON de 200__

Nombre:_____

Escuela:_____

Asistió al Museo Nacional de las Intervenciones el día de hoy entre las ____ hrs. y las ____ hrs.
Sirva el presente justificante, con el sello del museo.

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES
REGISTRO DE PERMISOS PARA TOMAS FOTOGRAFICAS

N° DE FOLIO	NOMBRE	INSTITUCION Y/O EMPRESA	FECHA

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES.
REGISTRO DIARIO VISITANTES

D	MES	PRESC-S	BACH-PR	P.G. NAL.	P.G. EXT.	EST.EXT.	TOTAL	OBSERV.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
11								
12								
13								
14								
15								
17								
18								
19								
20								
21								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
						TOTAL:		

ANEXO 12

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
SOLICITUD DE FONDOS

NUMERO SOLICITUD	FECHA	NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	CLAVE DEL CENTRO
1	2	3	4

		I.D.	NOMBRE DEL PROYECTO
OPERACION	( )		
INVERSION	( )		6
PROYECTOS	( )		
TERCEROS	( )		
5			

A FAVOR DE:
7

APLICACION CONTABLE Y PRESUPUESTAL

	CTA CONTABLE	DEBE	HABER	PARTIDA PRESUPUESTAL	IMPORTE PARCIAL
1					
2					
3	8	9	10	11	12
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

OTAL SOLICITADO: 13

OBSERVACIONES:
14

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL AREA	PRESUPUESTO	FISCALIZACION	CONTABILIDAD
15	16	17	18

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE FONDOS"

CONCEPTO	No.	SE ANOTARA
NUMERO SOLICITUD	1	CON NUMEROS ARABIGOS, EL CONSECUTIVO QUE ASIGNE LA DIRECCION DE PERSONAL.
FECHA	2	EL DIA, MES Y AÑO DE ELABORACION DE LA SOLICITUD.
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	3	LA UNIDAD ADMINISTRATIVA O AREA A LA CUAL SE LE APLICARA EL IMPORTE DE LA SOLICITUD.
CLAVE DE CENTRO	4	LA CLAVE ALFANUMERICA QUE IDENTIFICA AL CENTRO.
	5	UNA "X" EN EL RENGLON QUE CORRESPONDA, EL TIPO DE GASTO A AFECTAR.
NOMBRE DEL PROYECTO	6	LA DENOMINACION ESPECIFICA DEL PROYECTO QUE CORRESPONDE AL TIPO DE GASTO A AFECTAR.
A FAVOR DE	7	EL AREA, No. DE CUENTA BANCARIA O NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DE LOS RECURSOS, CUYA ADSCRIPCION PUEDE SER DIFERENTE QUE EL CENTRO AL CUAL SE LE APLICAN LOS RECURSOS.
CTA. CONTABLE	8	EL (LOS) NUMERO(S) QUE IDENTIFICA LA APLICACION DEL GASTO.
DEBE	9	EL IMPORTE DE CARGO QUE CORRESPONDE A LA CTA. CONTABLE.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE FONDOS"

CONCEPTO	No.	SE ANOTARA
HABER	10	EL IMPORTE DE ABONO QUE CORRESPONDE A LA CTA. CONTABLE.
PARTIDA PRESUPUESTAL	11	CON NUMERO, LA PARTIDA PRESUPUESTAL EN LA CUAL SE APLICA EL GASTO.
IMPORTE PARCIAL	12	CON NUMERO, EL IMPORTE NETO O LIQUIDO A CUBRIR AL BENEFICIARIO DE LOS RECURSOS, POR CADA CTA. CONTABLE REGISTRADA.
TOTAL SOLICITADO	13	CON NUMERO Y LETRA, EL IMPORTE NETO O LIQUIDO A PAGARSE.
OBSERVACIONES	14	A DETALLE, EL PORQUE SE ESTAN EROGANDO LOS RECURSOS, SUELDOS, PRESTACIONES O REPERCUSIONES. ASIMISMO, LA CATEGORIA DEL PERSONAL BENEFICIADO (ATM, INVESTIGADOR, ETC.)
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL AREA	15	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EMISION DE LA SOLICITUD.
PRESUPUESTO	16	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION PRESUPUESTAL.
FISCALIZACIÓN	17	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE REVISAR LA DOCUMENTACION ANEXA A LA SOLICITUD.
CONTABILIDAD	18	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CODIFICACION CONTABLE.

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

PRESUPUESTO SOLIC[illegible] PARA EL GASTO BASICO DE OPERACIÓN (AÑO)

	NOMBRE												
	MUSEO NAL. DE LAS INTERVENCIONES												
TRANSFERENCIA													
POLIZA N°													
NOMBRE DE LA PARTIDA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
MATERIALES Y UTILES DE OFICINAS				-			-						-
MATERIAL DE LIMPIEZA				-			-						-
MATERIAL DIDACTICO				-			-						-
MATERIAL DE INFORMACION Y REPRODUCCION				-			-						-
MATERIAL DE INFORMACION Y MUSEO DE COMP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[illegible] ALIMENTACION INSTITUCIONAL EN ACT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[illegible] ACTIVIDADES PARA MENORES				-			-						-
[illegible] Y ACCESORIOS DE COMPUTO				-			-						-
MATERIALES DE CONSTRUCCION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[illegible] CARTAS Y MAPAS GEOGRAFICAS				-			-						-
MATERIALES COMPLEMENTARIOS				-			-						-
MATERIAL ELECTRICO Y ELECTRONICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
REFACCIONES Y ACCESORIOS MENORES				-			-						-
[illegible] COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES				-			-						-
[illegible] REFACCIONES Y ACCESORIOS VEHICULOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[illegible] DE AGUA POTABLE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[illegible] IMPUESTOS Y DERECHOS				-			-						-
MANTENIMIENTO Y CONSERV DE MOBILIARIO Y EQUIPO				-			-						-
MANTENIMIENTO Y CONSERV DE BIENES INFORMATICOS				-			-						-
MANTENIMIENTO Y CONSERV DE MAQUINARIA Y EQUIPO													
[illegible] CONSERV DE INMUEBLES				-			-						-
[illegible] LAVANDERIA COMPUTACION Y FOTOQUIMICO				-			-						-
[illegible] LAVANDERIA COMPUTACION Y FOTOQUIMICO				-			-						-
[illegible]				-			-						-
TOTAL 3000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GASTO BASICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
SOLICITUD DE FONDOS

NUMERO SOLICITUD	FECHA	NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	CLAVE DEL CENTRO
1	2	3	4

		I.D.	NOMBRE DEL PROYECTO
OPERACION ( )			
INVERSION 5 ( )			6
PROYECTOS ( )			
TERCEROS ( )			

A FAVOR DE: 7

APLICACION CONTABLE Y PRESUPUESTAL

	CTA CONTABLE	DEBE	HABER	PARTIDA PRESUPUESTAL	IMPORTE PARCIAL
1					
2					
3	8	9	10	11	12
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

OTAL SOLICITADO: 13

OBSERVACIONES: 14

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL AREA	PRESUPUESTO	FISCALIZACION	CONTABILIDAD
15	16	17	18

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE FONDOS"

CONCEPTO	No.	SE ANOTARA
NUMERO SOLICITUD	1	CON NUMEROS ARABIGOS, EL CONSECUTIVO QUE ASIGNE LA DIRECCION DE PERSONAL.
FECHA	2	EL DIA, MES Y AÑO DE ELABORACION DE LA SOLICITUD.
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	3	LA UNIDAD ADMINISTRATIVA O AREA A LA CUAL SE LE APLICARA EL IMPORTE DE LA SOLICITUD.
CLAVE DE CENTRO	4	LA CLAVE ALFANUMERICA QUE IDENTIFICA AL CENTRO.
	5	UNA "X" EN EL RENGLON QUE CORRESPONDA, EL TIPO DE GASTO A AFECTAR.
NOMBRE DEL PROYECTO	6	LA DENOMINACION ESPECIFICA DEL PROYECTO QUE CORRESPONDE AL TIPO DE GASTO A AFECTAR.
A FAVOR DE	7	EL AREA, No. DE CUENTA BANCARIA O NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DE LOS RECURSOS, CUYA ADSCRIPCION PUEDE SER DIFERENTE QUE EL CENTRO AL CUAL SE LE APLICAN LOS RECURSOS.
CTA. CONTABLE	8	EL (LOS) NUMERO(S) QUE IDENTIFICA LA APLICACION DEL GASTO.
DEBE	9	EL IMPORTE DE CARGO QUE CORRESPONDE A LA CTA. CONTABLE.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE FONDOS"

CONCEPTO	No.	SE ANOTARA
HABER	10	EL IMPORTE DE ABONO QUE CORRESPONDE A LA CTA. CONTABLE.
PARTIDA PRESUPUESTAL	11	CON NUMERO, LA PARTIDA PRESUPUESTAL EN LA CUAL SE APLICA EL GASTO.
IMPORTE PARCIAL	12	CON NUMERO, EL IMPORTE NETO O LIQUIDO A CUBRIR AL BENEFICIARIO DE LOS RECURSOS, POR CADA CTA. CONTABLE REGISTRADA.
TOTAL SOLICITADO	13	CON NUMERO Y LETRA, EL IMPORTE NETO O LIQUIDO A PAGARSE.
OBSERVACIONES	14	A DETALLE, EL PORQUE SE ESTAN EROGANDO LOS RECURSOS, SUELDOS, PRESTACIONES O REPERCUSIONES. ASIMISMO, LA CATEGORIA DEL PERSONAL BENEFICIADO (ATM, INVESTIGADOR, ETC.)
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL AREA	15	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EMISION DE LA SOLICITUD.
PRESUPUESTO	16	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION PRESUPUESTAL.
FISCALIZACIÓN	17	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE REVISAR LA DOCUMENTACION ANEXA A LA SOLICITUD.
CONTABILIDAD	18	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA CODIFICACION CONTABLE.

INAH

TARJETA DE REGISTRO DE PROYEC

HOJA

CENTRO DE TRABAJO

CLAVE:

ID

P.H. P.G. P.E. CVE. S.T. N°CONS. DEL PY.

FECHA DE ELABORACION DIA MES AÑO

F. EDUCACION 07 A.L.

B.F. PY. PY INSTITUCIONAL N000

P.A. PY.SEP.

P.E. PROGRAMA ESPECIAL 000

PRESUPUESTO DEL PROYECTO (PESOS)

TIPO DE FINANCIAMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
1 - SUBSIDIO FEDERAL							
2 - FINANCIAMIENTO DIRECTO							
3 - APORTACIONES DE TERCEROS							
4 - OTROS							
TOTAL: $							

DURACION DEL PROYECTO

INICIO MES	INICIO AÑO	TERMINO MES	TERMINO AÑO

PERIODO AÑO ANTERIOR

DURACION DEL PROYECTO PRESENTE AÑO

INICIO MES	INICIO AÑO	TERMINO MES	TERMINO AÑO

PERIODO PRESENTE AÑO

TIPO DE PROYECTO (MARCAR CON UNA X)

CONTINUIDAD

NUEVA CREACION

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

Nº	DESCRIPCION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES

(ANEXAR HOJA SI SE REQUI

PRINCIPALES PRODUCTOS DEL PROYECTO

CLAVE	DESCRIPCION	FECHA DE ENTREGA AL TITULAR DE LA DEPENDENCIA: CANTIDAD	MES	AÑO

OBSERVACIONES SOBRE LOS PRODUCTOS PRINCIPALES

(ANEXAR HOJA SI SE REQUIERE)

SUBPRODUCTOS DEL PROYECTO

CLAVE	DESCRIPCION	FECHA DE ENTREGA AL TITULAR DE LA DEPENDENCIA: CANTIDAD	MES	AÑO

OBSERVACIONES SOBRE LOS SUBPRODUCTOS DEL PROYECTO

(ANEXAR HOJA SI SE REQUI

INSTITUTO NA[illegible]ONAL DE ANTRO[illegible]LOGIA E HISTORIA

LIQUIDACION DE FORMAS VALORADAS HIV-1

MUSEO O ZONA ARQUEOLOGICA MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

FORMA DE PAGO

PERIODO DE LA VENTA

CONCEPTO	PRECIO POR BOLETO	EXISTENCIA INICIAL				VENTAS					EXISTENCIA FINAL			
		DEL	AL	CANTIDAD	IMPORTE	DEL	AL	N° HOJAS	N° BOLETOS	IMPORTE	DEL	AL	CANTIDAD	IMPORTE
				TOTALES										

FECHA DE ELABORACION

ELABORADO POR (ENCARGADO)

AUTORIZO (ADMINISTRADOR O RESPONSABLE ADMINISTRATIVO)

DETALLE DE DOCUMENTOS LOCALES

BANAMEX (A) NUM. CHEQUE	IMPORTE	OTROS BANCOS (B) NUM. CHEQUE	IMPORTE
TOTAL: N$		TOTAL: N$	

CLAVE-TRANSACCION	15.- CHEQUES DE PLAZA	
CUENTA CONCENTRADORA	SUC. 870	CUENTA No. 3615-5
NUM. REFERENCIA		
EFECTIVO N$		
TOTAL EN DOCTOS. LOCALES: (SUMA DE A y B) N$		
TOTAL N$		

CONCEPTO DEL DEPOSITO

INAH

INSTITUTO NACIONAL
DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
ALVARO OBREGON No. 151 MEXICO, D.F.
R.F.C. INA-460815-GVI

INAH

FIRMA Y NOMBRE DE

DETALLE DE DOCUMENTOS LOCALES

BANAMEX (A) NUM. CHEQUE	IMPORTE	OTROS BANCOS (B) NUM. CHEQUE	IMPORTE
TOTAL N$		TOTAL N$	

CLAVE-TRANSACCION	15.- CHEQUES DE PLAZA	
CUENTA CONCENTRADORA	SUC. 870	CUENTA No. 3615-5
NUM. REFERENCIA		
EFECTIVO N$		
TOTAL EN DOCTOS. LOCALES (SUMA DE A y B) N$		
TOTAL N$		

CONCEPTO DEL DEPOSITO

INAH

INSTITUTO NACIONAL
DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
ALVARO OBREGON No. 151 MEXICO, D.F.
R.F.C. INA-460815-GVI

INAH

FIRMA Y NOMBRE DEL DEPOSITANTE

INAH **INSTITUTO [illegible]CIONAL DE ANTRO[illegible]LOGIA E HISTORIA** Nº 304031

TESORERIA GENERAL

RECIBO DE INGRESOS VARIOS — CORDOBA No. 45 COL. ROMA MEXICO, D.F.

DEPENDENCIA ______________________

ZONA ARQUEOLOGICA O MUSEO ______________________

RECIBI DE ______________________

____

LA CANTIDAD DE $ ______________________

____

POR CONCEPTO DE ______________________

____

____

______________________ A ________ DE ______________________ DE ________

SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
SUBSECRETARIA DE INGRESOS
[illegible] 1992

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES
IMPRESO POR [illegible]
[illegible] IMPRESO EN [illegible]
VIGENCIA DE [illegible] A [illegible]
FOLIOS DEL [illegible]
COMERCIALIZADO POR CARLOS [illegible] ESPEJO GARCIA TEL. [illegible]

R.F.C. INA-460815-GV1

____
RECEPTOR

ORIGINAL INTERESADO

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
Coordinación Nacional de Control y Promoción de Bienes y Servicios

DE VENTA

CENTRO INAH	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL EXPENDIO	CORRESPONDIENTE AL MES	HOJA	NUM	DE	FECHA	DIA	MES	AÑO

CLAVE	DESCRIPCIÓN DE MERCANCÍA	NUM DE REMISIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% DESC	NUM DE EMPLEADO	TOTAL	FORMA DE PAGO	FOLIO NOTA DE VENTA	FECHA DE DEPÓSITO
				$	$			$			
			TOTAL		$	TOTAL		$			

ELABORÓ

FECHA, NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo.

FECHA, NOMBRE Y FIRMA

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

CONCILIACION BANCARIA ENTRE LA CUENTA Nº _____ DEL BANCO

Y LA CUENTA Nº _____ DE NUESTROS LIBROS

Saldo del Banco al ____ de _____de		$ _____.-
MAS:		
(1) Nuestros cargos no correspondidos por el Banco.....	$ ---- 0 ------	
(2) Cargos del Banco no correspondidos en nuestros libros.....	$ --- 0 ---	$ --- 0 -------
		$ _____.-
MENOS:		
(3) Nuestros créditos no correspondidos por el Banco.....	$ -_____--	
(4) Creditos del Banco no correspondidos en nuestros libros.....	$ _____------	$ -- _____--
Saldo en libros al ___ de _____ de		$ _____--

Elaboró:

_____ _____ _____

C.C.T.	094MI23001	MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES	6400

Nº DE INVENTARIO	I330000116-0007/1994

NOMBRE DEL BIE	TRANSFORMADOR

DESCRIPCION DEL BIEN

DE CORRIENTE MARCA RUNNING MODELO WP572024 59J9 E87344-02

Nº DE SERI		FECHA DE RESGUARD	11/10/94	VALOR	43.00

DATO	08090	RESPONSABL	HECTOR MENDOZA NEGRETE

UBICACION DEL BIE	SEGURIDAD

OBSERVACIONES

C.C.T.	094MI23001	MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES	6400

Nº DE INVENTARIO	I330000014-0019/1994

NOMBRE DEL BIE	CARGADOR DE BATERIAS

DESCRIPCION DEL BIEN

MARCA MOTOROLA MODELO HT400

Nº DE SERI		FECHA DE RESGUARD	10/10/94	VALOR	400.00

DATO	08090	RESPONSABL	HECTOR MENDOZA NEGRETE

UBICACION DEL BIE	SEGURIDAD

OBSERVACIONES

EN MAL ESTADO, PARA DAR DE BAJA

C.C.T.	094MI23001	MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES	6400

Nº DE INVENTARIO	I330000014-0021/1994

NOMBRE DEL BIE	CARGADOR DE BATERIAS

INAH

MACEN GENERAL

SOLICITUD DE ARTICULOS AL ALMACEN DE:

DEPENDENCIA _____

RESPONSABLE _____

USO EXCLUSIVO ALM

FOLIO

CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO _____ FECHA _____

PERIODO DE CONSUMO _____ HOJA No. _____

ART	CLAVE	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	USO EXCLUSIVO DEL ALMACEN		
					CANTIDAD SURTIDA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE TOTAL

AREA SOLICITANTE	Vo. Bo.	USO EXCLUSIVO DEL ALMACEN		
		KARDEX	SURTIO	AUTORIZO
NOMBRE Y FIRMA	C.N.R.M Y S.			JEFE DEL ALMACEN

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA

BITACORA DE CONTROL PARA EL CONSUMO DE COMBUSTIBLE

CENTRO I.N.A.H. MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

VEHICULO: VW COMBI MODELO: 1994 PLACAS: _____

CORRESPONDIENTE AL MES DE: _____

DIA	CONDUCTOR	KILOMETRAJE POR DIA		ABASTECIMIENTO COMBUSTIBLE / LITROS		ABASTECIMIENTO DE COMBUSTIBLE
		INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	EN PESOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
	TOTAL:					

OBSERVACIONES

Vo. Bo. TITULAR DEL AREA

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HIST ...IA

COORDINACION NACIONAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

SUBDIRECCION DE CONTROL DE BIENES Y SERVICIOS

ORDEN DE SERVICIO No._____

NOMBRE DEL TALLER _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

TRABAJO QUE SE SOLICITA _____

_____

_____

DESCRIPCION DEL VEHICULO

MARCA_____ MODELO_____ TIPO _____

No. PLACAS _____ No. INVENTARIO _____ KILOMETRAJE_____

DEPENDENCIA _____

AUTORIZO _____

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA _____

FECHA EN QUE SE SOLICITA _____

_____

FIRMA SOLICITANTE

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

CALIFICACION DEL SERVICIO DE LIMPIEZA

COMPAÑÍA DE LIMPIEZA: FASTER CONSTRUINMUEBLES, SA DE CV				
MES:	**MARZO DEL 200( )**	CALIFICACION		
ORDEN	ASPECTOS A CALIFICAR	M	R	B
1	LIMPIEZA DE PASILLOS Y VESTIBULO			
2	LIMPIEZA DE ESCALERA			
3	LIMPIEZA DE LAS FUENTES			
4	LIMPIEZA DE CENICEROS Y CESTOS DE BASURA			
5	LIMPIEZA DE MOBILIARIO Y EQUIPO			
6	LIMPIEZA EN ADMINISTRACION Y DIRECCION			
7	LIMPIEZA EN INVESTIGACION			
8	LIMPIEZA EN SERVICIOS EDUCATIVOS			
9	LIMPIEZA EN PUERTAS Y VENTANAS			
10	LIMPIEZA DE BASES Y VITRINAS			
11	LIMPIEZA DE TALLERES Y BODEGAS			
12	LIMPIEZA CABINA DE SEGURIDAD			
13	LIMPIEZA SALA DE USOS MULTIPLES			
14	LIMPIEZA AZOTEA			
15	ENCERADO DE PISOS DE ACUERDO A CALENDARIZACION			
16	SUMINISTRO DE CERAS, SELLADORES, AROMATIZANTES, ETC.			
	ASEO EN SANITARIOS			
17	LIMPIEZA SANITARIOS DEL CLAUSTRO			
18	SUMINISTRO TOALLAS, PAPEL Y JABON (SANITARIOS CLAUSTRO)			
19	LIMPIEZA SANITARIOS PUBLICOS			
20	SUMINISTRO TOALLAS, PAPEL Y JABON (SANITARIOS PUBLICO)			
21	LIMPIEZA SANITARIOS OFICINAS			
22	SUMINISTRO TOALLAS, PAPEL Y JABON (SANITARIOS P/PERSONAL)			

M=MALO R=REGULAR B=BUENO

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
COORDINACION NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS

MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

REPORTE DE GLOSA DE NOMINA QUINCENAL

RESUMEN DE PAGOS DE LA QUINCENA _____ AÑO _____

CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO _____--

NOMINA ORDINARIA AL ___ DE _____ DEL _____

PAGOS EFECTUADOS: NUMERO: IMPORTE NETO:

T O T A L :

PAGOS NO EFECTUADOS:

NOMBRE Y FIRMA DE LA ADMINISTRADORA:

_____

FECHA DE ELABORACION: _____

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
TESORERIA GENERAL
MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

RELACION DE PAGOS DEVUELTOS A LA TESORERIA GENERAL

HOJA N° __1__

DEPENDENCIA: CLAVE: QUINCENA N°

N° EMPLEADO	NOMBRE	CLAVE	FECHA INICIO Y TERMINACION	IMPORTE	NUM. CHEQUE O SOBRE	FIRMA
TOTAL DE CHEQUES						

CLAVES DE DEVOLUCION:
1. No recogió sueldo si le corresponde.
2. Licencia s sueldo (indicar fecha)
3. Baja
4. Casos especiales (indicar motivo)

FECHA:

NOTA: LA EXACTITUD DE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA FORMA ES RESPONSABILIDAD DEL ADMINISTRADOR DE LA DEPENDENCIA.

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

FECHA:_____ N°_____

SOLICITO A USTED ME SEA CONCEDIDO PERMISO

EL (LOS) DIA(S)	DEL MES	AÑO	NOMBRE

N° DE EMPLEADO	PUESTO	SECCION

FIRMA DEL INTERESADO	Vo.Bo. COORDINADOR	AUTORIZADO POR EL ADMINISTRADOR

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

FECHA:_____ N°_____

SOLICITO A USTED ME SEA CONCEDIDO PERMISO

EL (LOS) DIA(S)	DEL MES	AÑO	NOMBRE

N° DE EMPLEADO	PUESTO	SECCION

FIRMA DEL INTERESADO	Vo.Bo. COORDINADOR	AUTORIZADO POR EL ADMINISTRADOR

HOJA N°	1
FECHA	

REPORTE DE PRIMAS DOMINICALES, HEBDOMADARIAS Y DIAS FESTIVOS CORESPONDIENTES A LA QNA. 15/16

CENTRO DE TRABAJO MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

MES

N° PAGADURIA

R.F.C.	NOMBRE	PUESTO Y HORAS	S.M.I.	DOMINGOS LABORADOS					DIAS FESTIVOS				N° HRS. LABORADAS		COSTO POR HORA			IMPORTE A PAGAR			IMPORTE
													DF	PD-PH	DF	PD	PH	DF	PD	PH	TOTAL

ELABORO

NOMBRE Y FIRMA

VO. BO.

ADMINISTRADOR
NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZO

TITULAR DEL CENTRO DE TRABAJO
NOMBRE Y FIRMA

REPORTE DE FALTAS Y RETARDOS

NTRO DE TRABAJO **MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES**

R.F.C.	NOMBRE	1a. QNA. DEL MES															N° PAGADURIA				
																	N° DIAS A DESCONTAR		IMPORTE A DESCONTAR		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	F	R	F	R	TOTAL

ELABORO

NOMBRE Y FIRMA

VO. BO.

ADMINISTRADORA
NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZO

TITULAR DEL CENTRO DE TRABAJO
NOMBRE Y FIRMA

AÑO	MES	DIA
2002	9	4

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

SOLICITUD DE PERMISO ECONOMICO

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL
PRESENTE

FECHA _____

DEPENDENCIA | SUBDEPENDENCIA

NOMBRE DEL INTERESADO

NUMERO DE DIAS SOLICITADOS	DIA	A PARTIR DEL DIA	AL DIA	DEL MES DE	19

INTERESADO | JEFE DE LA UNIDAD SOLICITANTE | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

F 05 13

AH

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

SOLICITUD DE PERMISO ECONOMICO

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL
PRESENTE

FECHA _____

DEPENDENCIA | SUBDEPENDENCIA

NOMBRE DEL INTERESADO

NUMERO DE DIAS SOLICITADOS	DIA	A PARTIR DEL DIA	AL DIA	DEL MES DE	19

INTERESADO | JEFE DE LA UNIDAD SOLICITANTE | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

F 05 13

INAH

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

SOLICITUD DE PERMISO ECONOMICO

C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL
PRESENTE

FECHA _____

DEPENDENCIA | SUBDEPENDENCIA

NOMBRE DEL INTERESADO

NUMERO DE DIAS SOLICITADOS	DIA	A PARTIR DEL DIA	AL DIA	DEL MES DE	19

INTERESADO | JEFE DE LA UNIDAD SOLICITANTE | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Instituto Nacional de Antropología e Historia

N O M B R A M I E N T O

C. Director General
C. Secretario Técnico
C. Secretario Administrativo
C. Director _____
C. Jefe de Informática
P r e s e n t e s

Por este medio me permito presentarles a:

Número de expediente de la Dirección de Recursos Hum.
Número de Control

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

Con domicilio en:

Calle:	Número (s)	Colonia	Población	Estado	C.P.

Teléfono	Reg. Fed. de Caus. Reg. ☐ a Reg. ☐	Sexo	Estado civil	Nacionalidad	Núm. de Cartilla del S.M.N.	Clase y No. de F.M.
		F ☐ M ☐				

Quien a partir del	con límite al	Ocupará el puesto de	Con categoría	Correspondiente al Personal	Carácter del Nombramiento

Quedando incorporado en la

DEPENDENCIA	SUB-DEPENDENCIA	PAGADURÍA	CLAVE

Cuyo domicilio se encuentra en:

Calle:	Número (s)	Colonia	Población	Estado	C.P.

Con jornada semanal

de	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hrs.							

Funciones y actividades del puesto

Compensación salarial de la zona

Sueldo base	Prima de antigüedad
$	$
Compensación 1206	Otros explicando
$	
Com. por Serv. especial	
$	
	Salario mensual
	$

México, D.F., a ____ de _____ de _____

RELACION DE LA DOCUMENTACION QUE DEBERA ESTAR ANEXADA AL FORMATO DE "NOMBRAMIENTO", PARA SU TRAMITE RESPECTIVO.

- ORIGINAL O COPIA DE CURRICULUM VITAE
- COPIA ACTA DE NACIMIENTO
- COPIA R.F.C.
- COPIA FILIACION Y CURP
- COPIA DEL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA MAXIMA ESCOLARIDAD.
- ORIGINAL DEL CERTIFICADO MEDICO (EXPEDIDO POR SALUD, ISSSTE O IMSS), Y EN CASO DE MUJER, ADEMAS EL DE NO - - GRAVIDEZ.
- COPIA CARTILLA LIBERADA
- FORMATO ASEGURADORA HIDALGO. ✓
- FORMATO PAGO DE MARCHA. ✓
- CARTA COMPROMISO DE NO LABORAR EN OTRA DEPENDENCIA. ×
- COPIA DICTAMEN
- COPIA OF. DE PRESENTACION.

* LAS COPIAS DEBERAN SER LEGIBLES.

Instituto Nacional de Antropología e Historia

MOVIMIENTOS DE PERSONAL

C. Director General
C. Secretario Técnico
C. Secretario Administrativo
C. Director _____
C. Director _____
C. Jefe de Informática

Presentes

Número de expediente de la Dirección de Rec. Hum.

Reg. Fed. de Caus.	Número de Control

Por este medio le informo el movimiento de:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (s)

Quien se encontraba adscrito a:

DEPENDENCIA	SUB–DEPENDENCIA	Puesto	Categoría	Tipo de Nombramiento

Y que con motivo de:

☐ Alta por:	☐ Otros por:	☐ Licencia	☐ Baja por:
☐ Interinato por Mov. Escal.	☐ Reclasificación	☐ Sin sueldo ☐ Con sueldo	☐ Renuncia
☐ Reanudación de labores	☐ Cambio de adscripción	☐ Particular	☐ Cese
☐ Prórroga	☐ Permuta	☐ Comisión Oficial	☐ Defunción
☐ Promoción escalafonaria	☐ Disminución de Hrs.	☐ Estudios	☐ Terminación de nombramiento.
☐ Otro nombramiento	☐ Incremento de Hrs.	☐ Enfermedad	☐ Jubilación
☐ Remuneración adicional	☐ Año sabático	☐ Gravidez	☐ Sentencia judicial
☐ Laudo o sentencia judicial		☐ Prejubilatoria	☐ Suspensión de Remuneración Ad.
		☐ Ocupamiento de un puesto de conf.	☐ Suspensión temporal de nom.
		No. de días solicitados u otorgados	☐ Renuncia al Puesto de Confianza

Ocupará el puesto de:	Categoría	Carácter del Nombramiento	de la DEPENDENCIA	SUB–DEPENDENCIA	Pagaduría	Clave

a partir del	con límite al	Con jornada semanal de:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		Hrs.							

Funciones y actividades del puesto

COMPOSICION SALARIAL DE LA ZONA

Sueldo base	Otros explicando
$	
Compensación 1206	
$	
Comp. por Serv. Esp.	
$	Salario mensual
Prima de antigüedad	$
$	

México, D.F., a ___ de _____ de _____

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA
COORDINACION NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCION DE PERSONAL

FOLIO 9046

INAH

SOLICITUD DE PRESTACIONES SOCIOECONOMICAS

CENTRO DE TRABAJO : _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR : _____

R.F.C. : _____

FECHA DE SOLICITUD : _____

PRESTACION SOLICITADA

MARQUE CON UNA X

___ 1. ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO
___ 2. GUARDERIA E INSCRIPCION
___ 3. COLEGIATURA CENDI
___ 4. APARATOS ORTOPEDICOS
___ 5. APARATOS AUDITIVOS
___ 6. CANASTILLA MATERNAL
___ 7. LICENCIA DE MANEJO
___ 8. TESIS
___ 9. UTILES ESCOLARES
___ 10. AYUDA POR DEFUNCION DE FAMILIAR
___ 11. GASTOS DE SEPELIO
___ 12. PAGO DE MARCHA
___ 13. MENAJE DE CASA
___ 14. AYUDA EN CASO DE CATASTROFES
___ 15. TRASLADO PARA TERAPIAS
___ 16. BECAS ESPECIALES
___ 17. EQUIPO DE COMPUTO
___ 18. PROTESIS DENTAL
___ 19. RENTA CASA-HABITACION
___ 20. CREDITO PARA VIVIENDA, AMPLIACION Y/O REPARACION
___ 21. OTRAS _____

OBSERVACIONES _____

DOCUMENTACION ANEXA

MARQUE CON UNA X

___ LICENCIA MEDICA
___ PRESUPUESTO
___ RELACION DE TRABAJADORES
___ ACTA DE DEFUNCION
___ ACTA DE DEFUNCION COPIA
___ CONSTANCIA DE ESTUDIOS O INSCRIPCION
___ COPIA DEL TALON DE PAGO
___ DEPENDENCIA ECONOMICA
___ COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO
___ RECETA MEDICA Y/O PRECRIPCION MEDICA
___ ACTA DE MATRIMONIO
___ DESIGNACION DE BENEFECIARIOS
___ FACTURA O PRESUPUESTO
OTRAS ESPECIFIQUE _____

FIRMA DEL TRABAJADOR : _____

COMPROBANTE PARA EL TRABAJADOR

FOLIO 9046

CENTRO DE TRABAJO : _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR : _____

PRESTACION SOLICITADA (CON NUMERO Y LETRA) : _____

FECHA : _____

SELLO Y FIRMA DE RECIBIDO POR IT

OPTICAS

LUX.

Confianza a la vista

Vale por UN solo trabajo

ORDEN

No. D 3730

FECHA:

PRECISION OPTICA S.A. Pino 307-18 Col. Sta. Ma. Insurgentes 06430 Mexico, D.F.

SIRVASE ELABORAR: ANTEOJOS ☐ LENTES DE CONTACTO ☐ APARATOS AUDITIVOS ☐

EMPLEADO _____

BENEFICIARIO _____ PARENTESCO _____

DE NUESTRA UNIDAD _____

DE CUYO VALOR ESTA INSTITUCION AUTORIZA LA CANTIDAD DE $ _____

(CON LETRA) _____

BAJO LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DEL CONVENIO ESTABLECIDO

ATENTAMENTE

_____
Nombre de la Empresa

_____
Firma del interesado

_____
Firma de autorización

_____
Firma del interesado

NOTA: Esta orden puede hacerse efectiva en las siguientes direcciones:

PONIENTE	SUR	CENTRO	NORTE
Mundo E	Insurgentes 1351	Madero 43	Montevideo 421
Plaza Satélite	Persur	Madero 67	Plaza Tepeyac
Presidente Masaryk 71	Galerías Insurgentes	Torre Latino	
Polanco	Galerías Coapa		
Plaza Moliere Dos 22			
Interlomas	Galerías Metepec		
Santa Fe			

Quality Vision Optical

VALIDO POR 30 DIAS A LA FECHA DE EXPEDICION

Quality Vision Optical en Centro Comercial Perisur, Plaza SATELITE, Galerías COAPA, Madero, y en el interior de MEXICO: Comercial Mexicano, San Mateo, Cuernavaca, Cuautla, Puebla, Acapulco

V. AUTORIZACIONES

AUTORIZARON

SECRETARIO TECNICO

DR. MOISES ROSAS SILVA

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

LIC. LUIS ARMANDO HAZA REMUS

VALIDACION Y RESPONSABLES DE SU APLICACION

COORDINADOR NACIONAL DE MUSEOS EXPOSICIONES

ARQ. JOSE ENRIQUE ORTIZ LANZ

DIRECTOR DEL MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

LIC. ALFREDO HERNANDEZ MURILLO

ELABORO

DEPARTAMENTO DE RESGUARDO DE BIENES CULTURALES

LIC. HECTOR MENDOZA NEGRETE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

C. CONCEPCION RAMIREZ EQUIHUAS

SANCIONO

COORDINACION NACIONAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

LIC. ALEJANDRO VILLASEÑOR VALERIO

AUTORIZARON

SECRETARIO TECNICO

DR. MOISES ROSAS SILVA

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

LIC. LUIS ARMANDO HAZA REMUS

VALIDACION Y RESPONSABLES DE SU APLICACION

COORDINADOR NACIONAL DE MUSEOS EXPOSICIONES

ARQ. JOSE ENRIQUE ORTIZ LANZ

DIRECTOR DEL MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES

LIC. ALFREDO HERNANDEZ MURILLO

ELABORO

DEPARTAMENTO DE RESGUARDO DE BIENES CULTURALES

LIC. HECTOR MENDOZA NEGRETE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

C. CONCEPCION RAMIREZ EQUIHUAS

SANCIONO

COORDINACION NACIONAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

LIC. ALEJANDRO VILLASEÑOR VALERIO

INAH
Instituto Nacional de
Antropología e Historia
COORDINACION NACIONAL DE
DESARROLLO INSTITUCIONAL
Liverpool 123 1er. Piso. Col. Juárez.
México, D.F. C.P. 06600

Oficio No. CNDI-706/02.
México, D. F., noviembre 13 de 2002.
"EL FUTURO DE LO NUESTRO"

LIC. ALFREDO HERNANDEZ MURILLO
DIRECTOR DEL MUSEO NACIONAL DE LAS INTERVENCIONES
P R E S E N T E .

Me es grato informarle que se ha concluido la elaboración del "Manual de Normas y Procedimientos" del Museo Nacional de las Intervenciones"; por lo que se adjunta ejemplar del mismo, así como la "Hoja de Autorizaciones" correspondiente, solicitándole atentamente firmen las personas involucradas en la elaboración del citado manual por parte de ese museo y la de Usted en calidad de validación y responsable de su aplicación, requiriéndole de igual manera su valiosa intervención para que tenga a bien obtener las signaturas de los titulares de la Coordinación Nacional de Museos y Exposiciones y del Dr. Moisés Rosas Silva, Secretario Técnico y una vez obtenidas, es indispensable que devuelva dicha "Hoja de Autorizaciones" para que se proceda con la autorización por parte del Lic. Luis Armando Haza Remus, Secretario Administrativo y su registro final.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E .

LIC. ALEJANDRO VILLASEÑOR VALERIO
COORDINADOR NACIONAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DIRECCIÓN DE MUSEOS NACIONALES DE LAS INTERVENCIONES
RECIBIDO
NOV
INAH

c.c.p. –DR. MOISES ROSAS SILVA. –Secretario Técnico.
c.c.p. –LIC. LUIS ARMANDO HAZA REMUS. –Secretario Administrativo.
c.c.p. –ARQ. JOSE ENRIQUE ORTIZ LANZ. –Coordinador Nacional de Museos y Exposiciones.

AJMJ/mt