INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO **AT-01**

RELACIÓN DE ASUNTOS EN TRÁMITE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Campo** | **Número de Campo** | **ANOTAR** |
| Información (día-mes-año) | 1 | Fecha de corte de la información que se proporciona |
| Área o Departamento | 2 | Nombre del Área o Unidad Administrativa a la que corresponde la información (Presidencia, Secretaría General, Vocalía, Jefatura de Unidad o Departamento) |
| Número de Oficio, Control o Expediente | 3 | Corresponde al número de expediente que contiene el asunto |
| Asunto | 4 | Describir de manera clara y amplia el asunto a que se refiere |
| Fecha de Inicio | 5 | Corresponde a la fecha en que se inició el trámite |
| Estado que Guarda | 6 | Describir detalladamente el estado que guarda actualmente el asunto, las acciones realizadas y lo que falta por hacer |
| Fecha Probable de Terminación | 7 | La fecha probable de la conclusión del asunto y el nombre del responsable de su atención dentro del área |
| Fecha de Elaboración | 8 | La fecha en la que requisitó el formato, no necesariamente debe ser la misma fecha de la información |
| Responsable del llenado  del formato | 9 | Nombre, cargo y firma de la persona que llenó el formato |
| Supervisó el llenado  del formato | 10 | Nombre, cargo y firma de la persona que supervisó el llenado del formato |
| Autorizó | 11 | Nombre, cargo y firma del Titular del Área, Unidad Administrativa (quién entrega) |
| Hoja Número | 12 | Número total de hojas que contiene el formato (ejemplo 1/5) |

El presente Instructivo es únicamente informativo, no es parte del Formato AT-01, por lo tanto, no debe incluirse en el contenido de este.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Oficio, Control o Expediente | Asunto | Fecha de Inicio | Estado que Guarda | Fecha Probable  de Terminación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |