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

INVENTARIO DE FORMAS OFICIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) |
| Clave | 3 | Corresponde a la clave de identificación de la forma oficial |
| Nombre de la Forma | 4 | Corresponde al nombre completo de la forma oficial |
| Numeración DEL, AL | 5 y 6 | Corresponde al número con que inicia y termina la forma sin utilizar |
| Cantidad | 7 | Corresponde a la cantidad de formas sin utilizar que obran en su poder |
| Responsable: Cargo | 8 | Es el cargo que ocupa el servidor público que es el responsable del del resguardo de las formas |
| Responsable: Nombre | 9 | Es el nombre completo del servidor público que es el responsable del del resguardo de las formas |
| Fecha de Elaboración | 10 | La fecha en la que requisitó el formato, no necesariamente debe ser la misma fecha de la información |
| Responsable del llenado  del formato | 11 | Nombre, cargo y firma de la persona que llenó el formato |
| Supervisó el llenado  del formato | 12 | Nombre, cargo y firma de la persona que supervisó el llenado del formato |
| Autorizó | 13 | Nombre, cargo y firma del Titular del Área, Unidad Administrativa (quién entrega) |
| Hoja Número | 14 | Número total de hojas que contiene el formato (ejemplo 1/5) |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave | Nombre de la forma | Numeración | | Cantidad | Responsable | |
| Del | Al | Cargo | Nombre |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |