

SISTEMA DE COORDINACIÓN HACENDARIA DEL ESTADO DE MÉXICO CON SUS MUNICIPIOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE TRASPASOS INTERNOS

No. de Oficio: (1)  
Fecha: SEPTIEMBRE 2025

(3) Datos de identificación del programa y/o proyecto sujeto a modificación

(4) Dependencia General:  
 (4) Dependencia Auxiliar:  
 (5) Programa presupuestario:  
 (5) Objetivo:  
 (5) Clave y denominación del Proyecto:

(6) Detalle del traspaso

SIN MOVIMIENTO

| Disminución        |       |         |     |         | Aumento            |       |         |     |         |
|--------------------|-------|---------|-----|---------|--------------------|-------|---------|-----|---------|
| Clave Programática | F. F. | Partida | Mes | Importe | Clave Programática | F. F. | Partida | Mes | Importe |
|                    |       |         |     |         |                    |       |         |     |         |
|                    |       |         |     |         |                    |       |         |     |         |
|                    |       |         |     |         |                    |       |         |     |         |

(7) Justificación:

(8) Solicitó Titular de la Dependencia u Organismo




**M. AYUNTAMIENTO DE LA PAZ**  
**SECRETARÍA DE GOBIERNO**  
**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**

L.C. HUGO ENRIQUE DELGADO  
Nombre y Firma

(8) Vo. Bo. Titular de la UIPPE o equivalente




**M. AYUNTAMIENTO DE LA PAZ**  
**1985 - 2027**  
**UNIDAD DE EJECUCIÓN**  
**PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN**

C. MARIO BAUTISTA PEREZ  
Nombre y Firma

(8) Autorizó Tesorero Municipal o equivalente




**M. AYUNTAMIENTO DE LA PAZ**  
**SECRETARÍA DE GOBIERNO**  
**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**

LIC. PATRICIA CANO GONZALEZ  
Nombre y Firma