

INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA FISICA Y DEPORTE DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD  
 SISTEMA DE COORDINACION HACENDARIA DEL ESTADO DE MEXICO CON SUS MUNICIPIOS  
 FORMATO DE RECONDUCCION DE INDICADORES ESTRATEGICOS Y/O DE GESTION



INCUFIDEV VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD

No. de Oficio: (1) SIN NUMERO

Fecha: (2) 31/12/2023

Tipo de Movimiento: (3) SIN MOVIMIENTO

Datos de Identificación del Indicador sujeto a modificación

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

(6) Detalle de la modificación del indicador

Nivel de la MIR	Denominación del Indicador	Variables del Indicador	Unidad de Medida	Tipo de operación	Programación Inicial del Indicador	Avance a la Fecha	Programación Modificada	Calendarización Trimestral Modificada			
								1	2	3	4
<b>SIN MOVIMIENTOS</b>											
Resultado del Indicador:											

(7) Justificación:

Resumen sobre la cancelación o reducción de la programación de Indicadores estratégicos y/o de gestión

Resumen sobre la creación o incremento de programación de Indicadores estratégicos y/o de gestión

SUBDIRECTORA DE ADMON. FINANZAS  
  
 LIC. SARA CRISTINA MATAMOROS AGUILAR  
 Nombre y Firma



ENCARGADO DE DESPACHO UIPPE  
  
 LIC. J. SALVADOR MATAMOROS AGUILAR  
 Nombre y Firma



SISTEMA DE COORDINACIÓN HACENDARIA DEL ESTADO DE MÉXICO CON SUS MUNICIPIOS  
DICTAMEN DE RECONDUCCIÓN Y ACTUALIZACIÓN PROGRAMÁTICA - PRESUPUESTAL PARA RESULTADOS.



Tipo de Movimiento: (3)

No. de Oficio: (1)

Fecha: 31/12/23

Identificación del Proyecto en el que cancela o reduce (4)

Dependencia General:  
Dependencia Auxiliar:  
Programa presupuestario:  
Objetivo:

Identificación del Proyecto en el que asigna o se amplía (5)

Dependencia General:  
Dependencia Auxiliar:  
Programa presupuestario:  
Objetivo:

Identificación de Recursos a nivel de Proyecto que se cancelan o se reducen (6)

Clave	Denominación	Presupuesto			
		Autorizado	Por ejercer	Por cancelar o reducir	Autorizado Modificado

Identificación de Recursos a nivel de Proyecto que se amplían o se asignan (7)

Clave	Denominación	Presupuesto			
		Autorizado	Por cancelar o reducir	Autorizado Modificado	

**SIN MOVIMIENTOS**

Metas de Actividad Programadas y alcanzadas del Proyecto a cancelar o reducir (8)

Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Programada de la Meta de Actividad			Calendarización Trimestral Modificada			
			Inicial	Avance	Modificada	1	2	3	4

Metas de Actividad Programadas y alcanzadas del Proyecto que se crea o incrementa (9)

Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Programada de la Meta de Actividad			Calendarización Trimestral Modificada			
			Inicial	Avance	Modificada	1	2	3	4

Justificación (10)

De la cancelación o reducción de metas de actividad y/o recursos del Proyecto. (Impacto o repercusión programática) En su caso utilizar hoja anexa.

De creación o reasignación de metas de actividad y/o recursos al proyecto (Beneficio, Impacto, Repercusión programática) En su caso Utilizar hoja anexa.

Identificación del Origen de los recursos. En su caso utilizar hoja anexa.

Tesorero(a)  
  
Sara Cristina Matamoros Aguilar  
Nombre y Firma (11)



Titular de la UIPPE  
  
J. Salvador Matamoros Aguilar  
Nombre y Firma (11)

Persona que elabora  
  
J. Salvador Matamoros Aguilar  
Nombre y Firma (11)

CUANDO LAS ADECUACIONES APLIQUEN PARA MODIFICAR PRESUPUESTO, ESTAS SE DEBEN DEFINIR A NIVEL DE PARTIDA PRESUPUESTARIA Y CAPÍTULO DE GASTO EN RELACIÓN ANEXA NO APLICA PARA ADECUACIONES PROGRAMÁTICAS, ES DECIR, PARA MODIFICACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE METAS DE ACTIVIDAD



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



No. de Oficio: (1)

Fecha: (2) 31/12/2023

(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

Disminución					Aumento				
Clave Programática	F. F.	Partida	Mes	Importe	Clave Programática	F. F.	Partida	Mes	Importe
<b>SIN INFORMACION</b>									

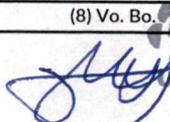
(7) Justificación:

(8) Solicitó



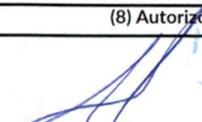
Titular de la Dependencia u Organismo  
Michel Aguilar Lopez  
Nombre y Firma

(8) Vo. Bo.



Titular de la UIPE o equivalente  
J. Salvador Matamoros Aguilar  
Nombre y Firma

(8) Autorizó



Tesorero Municipal o equivalente  
C.P. Sara Cristina Matamoros Aguilar  
Nombre y Firma