

**Entidad Federativa/ODAPAS Chalco**  
**Formato de aportaciones federales en materia de salud**  
**Al período (trimestral o anual) SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2024.**

Tipo de movimiento	Nombres	Tipo de Plaza	Numero de horas	Funciones especificas	Clave de pago	Fecha comision o Licencia		Centro de trabajo	
						Inicio	Conclusion	Origen	Destino
<b>SIN DATOS</b>									
Total de personal comisionado o con licencia									