Nombre de la Unidad Administrativa

u Órgano Administrativo Desconcentrado

Nombre del área Generadora de la Documentación

Ciudad de México, XX de XXXX de 2024.

**Oficio No.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Asunto:** Solicitud de transferencia documental

**Lic. Guadalupe López González**

**Directora del Centro de Documentación Institucional**

Donceles 39, Col. Centro, C.P. 06010,

Alcandía Cuauhtémoc Ciudad de México.

Solicito a usted, la recepción de la o las transferencias documentales que corresponden a esta Unidad Administrativa al Archivo de Concentración, las cuales se detallan a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| * **Unidad Administrativa:**
* **Área que transfiere:**
* **Número de cajas:**
* **Número de expedientes:**
* **Metros lineales:**
* **Fechas extremas:**
* **Valores primarios:**
* **Conservación precautoria por:**
* **Se anexa Inventario de transferencia en \_\_\_\_\_ fojas.**
 | * **Unidad Administrativa:**
* **Área que transfiere:**
* **Número de cajas:**
* **Número de expedientes:**
* **Metros lineales:**
* **Fechas extremas:**
* **Valores primarios:**
* **Conservación precautoria por:**
* **Se anexa Inventario de transferencia en \_\_\_\_\_ fojas.**
 |

Así también, se designa al **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** para gestionar ante el Archivo de Concentración, el préstamo de los expedientes semiactivos que se transfieren. En el caso de designar un nuevo funcionario se notificará por escrito ante ese Centro de Documentación Institucional.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**A t e n t a m e n t e**

Nombre, cargo y firma

c. c. p. **Ing. César Vélez Andrade.** -Director General de Tecnologías de la Información y Coordinador de Archivos de la Secretaría de Salud. - Para su conocimiento.

**Anexo:** Inventario de transferencia documental validado (original).

**Clasificación: 8C.16**