|  |
| --- |
| **Formato de Formalización para cambios en la MIR** |
| **Dependencia :** |  |
| **Programa:** |  | **Clave:** |  |
| **Enlace:** |  |
| **Fecha:** |  |
| **Nivel de la MIR** | **Cambio:** | **Justificación:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Nombre y puesto del funcionario que solicita el cambio)