| **No.** | **Tipo de Seguro** | **Número de Póliza** | **Aseguradora** | **Término de Vigencia** | **Nombre del Servidor Público Resguardante** | **Cargo del Servidor Público Resguardante** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (C) | (D) | (E) | (F) | (G) | (H) | (I) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Los Sujetos Obligados que requisiten este Formato deberán integrar copias de las pólizas de seguros.