

# INCIDENCIA POR COMISIÓN OFICIAL

FECHA: 22/01/2024

**NOMBRE:** Rocío Ramírez Urzúa  
**PUESTO:** Responsable de campos clínicos, internado  
médico de pregrado y servicio social  
**ÁREA:** DIRECCIÓN DE MEDICINA

POR ESTE MEDIO SOLICITO SE ME JUSTIFIQUE Y/O AUTORIZE LA SIGUIENTE INCIDENCIA DE NOMINA:

X	CONCEPTO	FECHA (S)	OBSERVACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/>	LLEGADA TARDE	22/01/2024	
<input type="checkbox"/>	SALIDA ANTICIPADA		
<input type="checkbox"/>	NO CHECAR ENTRADA		
<input type="checkbox"/>	NO CHECAR SALIDA		
<input type="checkbox"/>	FALTA POR COMISIÓN		
<input type="checkbox"/>	OTRO ESPECIFIQUE		

**LUGAR (ES) Y MOTIVO O ACTIVIDAD A DESARROLLAR:**

Concepto	Nombre, cargo y fecha de quien certifica la permanencia o comisión, Sello del lugar de visita o permanencia y firma.
<b>PRIMERA COMISIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma de carátula para pago de FOFOE de camos clínicos en Delegación IMSS. Entrega de oficio para FOFOE en unidades de medicina familiar para ciclo 24-2</li> </ul>	
<b>SEGUNDA COMISIÓN</b>	

 Dra. Rocío Ramírez  
 Urzúa

SOLICITA: NOMBRE DEL EMPLEADO

**DRA. GABRIELA LOMAS LOPEZ**  
 DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- El formato debe ir lleno a computadora.
- 2.- Debe contener nombres completos por apellidos y todas las firmas.
- 3.- Debe ser entregado a más tardar el día siguiente de la comisión.
- 4.- El documento sólo se recibe de la persona interesada.
- 5.- Debe contener el sellos del lugar de permanencia de la comisión