

INCIDENCIA POR COMISIÓN OFICIAL

FECHA: 30 ENERO 2024

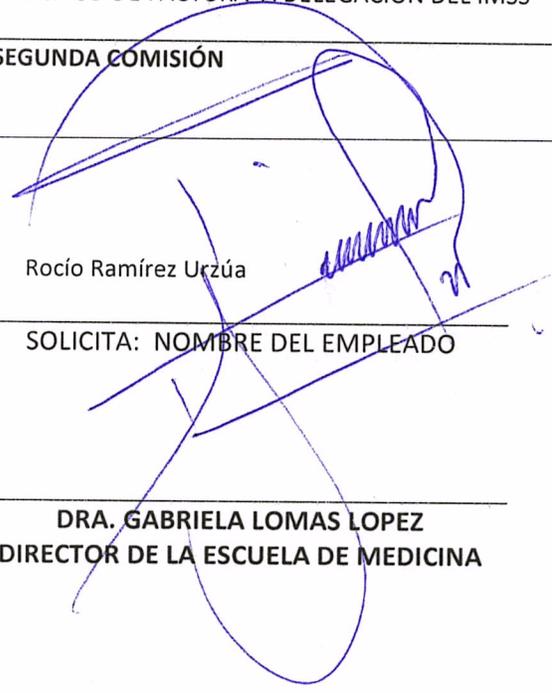
NOMBRE: Rocío Ramírez Urzúa
PUESTO: Responsable de prácticas clínicas, internado de pregrado y servicio social de la carrera de medicina.
ÁREA: DIRECCIÓN DE MEDICINA

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

X	CONCEPTO	FECHA (S)	OBSERVACIÓN
<input type="checkbox"/>	LLEGADA TARDE		
<input type="checkbox"/>	SALIDA ANTICIPADA		
<input type="checkbox"/>	NO CHECAR ENTRADA		
X	NO CHECAR SALIDA	30 ENERO 2024	
<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.
PRIMERA COMISIÓN: ENTREGA DE DOCUMENTACION FOFOE 24-2 Y SOLICITUD DE FACTURA A DELEGACION DEL IMSS	
SEGUNDA COMISIÓN	


 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