

INCIDENCIA POR COMISIÓN OFICIAL

FECHA: 09 mayo 2024

NOMBRE: Lic karla Tanairy Del Valle Esqueda
 PUESTO: Responsable de campos clínicos
 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 type="checkbox"/>	LLEGADA TARDE		
<input checked="" 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.
PRIMERA COMISIÓN: Entrega de fofoe la delagacion del imms	
SEGUNDA COMISIÓN	

SOLICITA: Lic Karla Tanairy Del Valle Esqueda

MTRA. 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