

INCIDENCIAS DE NÓMINA

FV0003315

FECHA: 3 de Octubre de 2024

NOMBRE: OSORIO TREVIÑO OLGA

PUESTO: DOCENTE MEDIO TIEMPO

ÁREA: MEDICINA

POR ESTE MEDIO SOLICITO SE AUTORICE TOMAR MI PERIODO VACIONAL CORRESPONDIENTE AL AÑO EN CURSO:

DÍAS	FECHA	APLICADA
1	11-Oct-24	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		

SOLICITA
OSORIO TREVIÑO OLGA

AUTORIZA
JEFE DE AREA
CAROLINA MORALES FERNANDEZ

RECIBE Y APLICA
RECURSOS HUMANOS

INSTRUCCIONES:

- 1.- El formato debe ir lleno a computadora.
- 2.- Debe contener nombres completos por apellidos y todas las firmas.
- 3.- Debe ser entregado por anticipado.
- 4.- Debe solicitar VoBo. De contabilidad para saber que tienen vacaciones.
- 5.- El documento sólo se recibe de la persona interesada.