

INCIDENCIA POR COMISIÓN OFICIAL

FECHA: ____ 23 Junio 2023 ____

NOMBRE: María del Carmen Díaz Galindo
PUESTO: Coordinadora de Ciencias Clínicas
ÁREA: DIRECCIÓN DE MEDICINA

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

X	CONCEPTO	FECHA (S)	OBSERVACIÓN
☒	LLEGADA TARDE		
☐	SALIDA ANTICIPADA		
☐	NO CHECAR ENTRADA		
☐	NO CHECAR SALIDA		
☐	FALTA POR COMISIÓN		
☐	OTRO ESPECIFIQUE		

LUGAR (ES) Y MOTIVO O ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

Primera comisión: Entrega de documentación plazas de internado	Segunda comisión
	
Tercera comisión	Cuarta comisión

Nombre, cargo y fecha de quien certifica la permanencia o comisión, Sello del lugar de visita o permanencia y firma.

SOLICITA: NOMBRE DEL EMPLEADO
PUESTO

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