

INCIDENCIAS DE NÓMINA

FECHA: 23 de Junio de 2023

NOMBRE: DIAZ GALINDO MARIA DEL CARMEN

PUESTO: COORDINACIÓN DE CIENCIAS CLÍNICAS

ÁREA: MEDICINA

POR ESTE MEDIO SOLICITO SE TOME EN CUENTA MI CAMBIO DE HORARIO A PARTIR DE LA FECHA SEÑALADA:

☐
☒

PERMANENTE

A PARTIR DE

TEMPORAL

PERIODO DE

2023-06-24

A

2023-06-24

DIAS
LUNES
MARTES
MIÉRCOLES
JUEVES
VIERNES
SABADO
DOMINGO

HORARIO

APLICADA

08:00:00 - 11:00:00	

SOLICITA
DIAZ GALINDO MARIA DEL CARMEN
COORDINACIÓN DE CIENCIAS CLÍNICAS

AUTORIZA
JEFE DE AREA
GABRIELA LOMAS LOPEZ

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.- El formato de horario deberá ser de 24 hrs.
- 5.- El documento sólo se recibe de la persona interesada.
- 6.- El reporte es semanal, deberá contener horario todos los días de la semana.

Handwritten signature and date:
26/06/2023