



INCIDENCIAS DE NÓMINA

FECHA: 21 de Julio de 2023

NOMBRE: VILLASEÑOR GUTIERREZ GLORA LETICIA

PUESTO: ASISTENTE DIRECCION MEDICINA

ÁREA: MEDICINA

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

Form with checkboxes for Permanent and Temporary options. The Temporary option is checked.

PERMANENTE

A PARTIR DE

TEMPORAL

PERIODO DE

2023-07-26

A

2023-07-29

DIAS
LUNES
MARTES
MIERCOLES
JUEVES
VIERNES
SABADO
DOMINGO

HORARIO

APLICADA

Table with 3 columns: DIAS, HORARIO, APLICADA. Rows for LUNES to DOMINGO with corresponding time slots.

Handwritten signature of the requester.

SOLICITA
VILLASEÑOR GUTIERREZ GLORA LETICIA
ASISTENTE DIRECCION MEDICINA

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: 24/07/2023