

**INCIDENCIAS DE NÓMINA**
**FECHA:** 5 de Octubre de 2023

**NOMBRE:** VILLASEÑOR GUTIERREZ GLORA LETICIA

**PUESTO:** ASISTENTE DIRECCION MEDICINA

**ÁREA:** MEDICINA

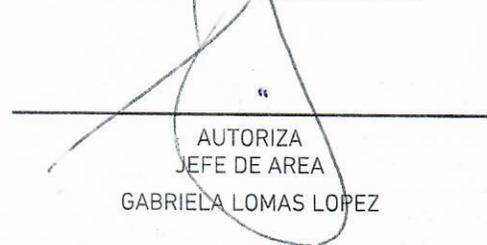
POR ESTE MEDIO SOLICITO SE TOMA EN CUENTA MI CAMBIO DE HORARIO A PARTIR DE LA FECHA SEÑALADA:

<input type="checkbox"/>	PERMANENTE	A PARTIR DE	
<input checked="" type="checkbox"/>	TEMPORAL	PERIODO DE	2023-10-06 A 2023-10-06

DIAS	HORARIO	APLICADA
LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES	09:00:00 - 21:00:00	
SABADO		
DOMINGO		



 SOLICITA  
 VILLASEÑOR GUTIERREZ GLORA LETICIA  
 ASISTENTE DIRECCION MEDICINA


 AUTORIZA  
 JEFE DE AREA  
 GABRIELA LOMAS LOPEZ

**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.

 RECIBE Y APLICA  
 RECURSOS HUMANOS

folio: 41484711

*Recibi*  
 06/10/2023  
