

Subdirección de Recursos Humanos

FORMATO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SUPLENCIA PERSONAL

Fecha de

No. Suplencia			Fecha de Solicitud					
DATOS DEL SOLICITANTE:								
Nombre:								
No. Emp:	Turno:	Días Hábiles:			Horario:	а		
Servicio:	Código d	e Puesto:		Puesto:				
DATOS DE QUIEN EFECTUA LA SUPLENCIA: Nombre:								
	Turno:	Días Hábiles:			Horario:	а		
Servicio:	Código d	e Puesto:		Puesto:				
DIA QUE SOLICITA								
Del al Enterado: Enterado: Autoriza:								
Enterda	0.	Enterdao.			Al	лонга.		
Observaciones:								
Leído que fue el presente for	mato de acuerdo con las clausul de las Condicior	as del Manual que r nes Generales de Tra				conformidad con	el Artículo 173	
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBdirección de Recursos Humanos FORMATO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SUPLENCIA PERSONAL Fecha de Solicitud DATOS DEL SOLICITANTE:								
Nombre:								
No. Emp:	Turno:	Días Hábiles:			Horario:	а		
Servicio:	Código d	e Puesto:		Puesto:				
Nombre:								
No. Emp:	Turno:	Días Hábiles:			Horario:	а		
Servicio:	Código d	e Puesto:		Puesto:			,	
DIA QUE SOLICITA								
Del al Enterado: Enterado:				=	Autoriza:			
Observaciones:								

Leído que fue el presente formato de acuerdo con las clausulas del Manual que rige las políticas internas y de operación de conformidad con el Artículo 173 de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaria de Salud.

Felipe Carrillo PUERTO