

FORMATO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SUPLENCIA PERSONAL

No. Suplencia Fecha de Solicitud

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre:
No. Emp: Turno: Días Hábiles: Horario: a
Servicio: Código de Puesto: Puesto:

DATOS DE QUIEN EFECTUA LA SUPLENCIA:

Nombre:
No. Emp: Turno: Días Hábiles: Horario: a
Servicio: Código de 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.

FORMATO PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SUPLENCIA PERSONAL

No. Suplencia Fecha de Solicitud

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre:
No. Emp: Turno: Días Hábiles: Horario: a
Servicio: Código de Puesto: Puesto:

DATOS DE QUIEN EFECTUA LA SUPLENCIA:

Nombre:
No. Emp: Turno: Días Hábiles: Horario: a
Servicio: Código de 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.