|  |  |
| --- | --- |
| Dependencia: | PRESIDENCIA MUNICIPAL |
| Sección: | DEFENSORÍA MUNICIPAL DE DERECHOS HUMANOS |
| Número de Oficio: | DMDH/CEA/189/2024 |
|  |  |
| Asunto: | **SE ENVIA INCAPACIDAD** |

12 de abril de 2024

**SARA PATRICIA PONCE RAMÍREZ**

**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**

**MUNICIPIO DE ATIZAPÁN DE ZARAGOZA**

**PRESENTE**

Reciba un cordial saludo, al mismo tiempo remito a Usted un formato de incidencia del personal adscrito a esta Defensoría Municipal de Derechos Humanos, el cual se enlista a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPLEADO** | **NOMBRE** | **JUSTIFICACION** | **INC** |
| 028737 | AIDE ESTUDILLO ZUÑIGA | INCAPACIDAD DEL 11/04/2024 AL 17/04/2024 | 29 |

Lo anterior, para su conocimiento y trámite administrativo correspondiente.

Sin más por el momento, le reitero mi compromiso con los derechos humanos.

**A T E N T A M E N T E**

**OCTAVIO FLORES AVALOS**

**DEFENSOR MUNICIPAL DE**

**DERECHOS HUMANOS DE ATIZAPÁN DE ZARAGOZA**

c.p Archivo/Dirección

WMGTH/scgo