

## FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y GRUPOS AFINES

ENTIDAD:	CHIAPAS <b>FECHA:</b> 3	<b>/</b> 03 <b>/</b> 2025
		, 33 , 2325
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CESSA BELISARIO DOMÍNGUEZ	CLUES: CSIMB005343
NOMBRE:	R.F.C.:	
No. DE LISTA Y/O REGISTRO DE ASISTENCIA:	PROGRAMA:	
CÓDIGO DE PUESTO:	DÍAS QUE LABORA:	
FECHA DE INGRESO:	HORARIO:	
SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN:		
INCIDENCIA:	VACACIONES ORDINARIAS	
PERIODO VACACIONAL:	1er PERIODO 2025	
OTRO (ESPECIFIQUE):		
DÍAS AUTORIZADOS :		
ODSEDWASIONES:		
OBSERVACIONES:		
SELLO DE LA INSTITUCIO	ÓN AUTORIZA	SOLICITA
	DR. ERVIN MIGUEL GUZMAN GUILLEN	
	RESPONSABLE DE LA UNIDAD	NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR
Gustavo F Campa No. 54 Col. Gu	adalupe Inn. C.P. 01020. Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX.	0004

Gustavo E. Campa No. 54, Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX. Tel: 55 5090 3600 www.imssbienestar.Gob.mx

