**SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO**



**DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**

**FORMATO DE INCIDENCIAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE: **María Esmeralda González Hernández** | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA: **Salud Pública** | FECHA: **3/06/2019** |
| PUESTO o CARGO: **Gestora del Programa de Paludismo** HORARIO: DE **8:00** A **16:00** Hrs N.U.E.: 38156 | | | | |
| TURNO: **Matutino** | | DEPARTAMENTO o AREA: **Subdirección de Prevención y Protección en Salud** | | |
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO **X** CONFIANZA | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE INCIDENCIA | | | | | | |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| Autorización de entrada por Retardo Mayor | ( ) | Compensación | | | | ( ) |
| Pase de Salida | ( ) | Orden de trabajo | | | | ( **X** ) |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |

|  |
| --- |
| Día de la Incidencia: **3 de junio de 2019** |
| Pase de Salida: min. de a hrs. |
| Lugar de visita (para orden de trabajo): CONTRALORIA DE GOBIERNO DEL ESTADO |
| Asunto o motivo de visita: ENTREGA DE LA DECLARACIÓN PATRIMONIAL. |
|  |
| Observaciones: Sello de Permanencia: |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TRABAJADOR | | | AUTORIZA. | RECIBIO | | | |
|  | | | JEFE DE DEPTO o SUBDIRECTOR o DIRECTOR |  | | | |
| **María Esmeralda González Hernández** | | | **Dra. Ma. Concepción Carmona Ramos** |  | | | |
|  | NOMBRE Y FIRMA |  | NOMBRE Y FIRMA | |  | NOMBRE Y FIRMA |  |