F.Arh.7.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL VALLE S.C. **INCIDENCIA DE NOMINA** Fecha: Nombre: _____ no.: ____ Puesto: Departamento: Sucursal: Cambio de Día de Descanso ☐ Checada de Entrada **Checada de Comidas** Checada de Salida **Permiso SIN Goce de Sueldo** Otros FIRMAS AUTORIZADAS Nombre y Firma del Nombre y Firma del Gerente de Operaciones **Gerente Recursos Humanos** Nombre y Firma de Nombre y Firma del **Director de Operaciones Gerente Patrimonial** F.Arh.7.1 SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL VALLE S.C.

Nombre y Firma del

Jefe Inmediato

Nombre y Firma del Empleado

Nombre y Firma del

Jefe Inmediato

Falta justificada

Pago de tiempo

Motivo:

SERVICIOS ADN DEL VALI		INCIDENCIA DE NOMINA		
Nombre:		no.:	Fecha: Puesto:	
Departamento:		Sucursal:	:	
Motivo:	Cambio de Día de Desca Falta justificada Pago de tiempo Permiso SIN Goce de Su	ueldo	Checada de Entrada Checada de Comidas Checada de Salida Otros	
FIRMAS AUTORIZADAS				
Nombre y Firma d	lel Empleado	Nombre y Firma del Gerente de Operaciones		nbre y Firma del Recursos Humanos

Nombre y Firma de

Director de Operaciones

Nombre y Firma del

Gerente Patrimonial