



ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

JUSTIFICANTE DE INCIDENCIAS POR SERVICIO MÉDICO O INCAPACIDAD

TEHUACÁN, PUE., A _____ DE 2011.

Se autoriza la justificación a favor de:

NOMBRE: _____.

PUESTO: _____ . ÁREA/DEPARTAMENTO: _____.

Servicio Médico

Incapacidad

POR EL DÍA _____ DEL MES DE _____.

DE LAS _____ HORAS A LAS _____ HORAS.

Descripción del motivo:

Documento que se anexa:

AUTORIZA

SELLO

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

ÁREA/DEPARTAMENTO QUE EXPIDE

RECURSOS HUMANOS



ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

JUSTIFICANTE DE INCIDENCIAS POR SERVICIO MÉDICO O INCAPACIDAD

TEHUACÁN, PUE., A _____ DE 2011.

Se autoriza la justificación a favor de:

NOMBRE: _____.

PUESTO: _____ . ÁREA/DEPARTAMENTO: _____.

Servicio Médico

Incapacidad

POR EL DÍA _____ DEL MES DE _____.

DE LAS _____ HORAS A LAS _____ HORAS.

Descripción del motivo:

Documento que se anexa:

AUTORIZA

SELLO

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

ÁREA/DEPARTAMENTO QUE EXPIDE

RECURSOS HUMANOS



ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

JUSTIFICANTE DE AUSENCIA LABORAL

TEHUACÁN, PUE., A _____ DE 2011.

No. de control D.R.H.

Se autoriza la justificación a favor de:

NOMBRE: _____.

PUESTO: _____ . ÁREA/DEPARTAMENTO: _____.

Entrada

Salida

Día completo

Retardo

Comisión oficial

Permiso

POR EL DÍA _____ DEL MES DE _____.

Descripción del motivo:

Documento que se anexa:

AUTORIZA

SELLO

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

ÁREA/DEPARTAMENTO QUE EXPIDE

RECURSOS HUMANOS



ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

JUSTIFICANTE DE AUSENCIA LABORAL

TEHUACÁN, PUE., A _____ DE 2011.

No. de control D.R.H.

Se autoriza la justificación a favor de:

NOMBRE: _____.

PUESTO: _____ . ÁREA/DEPARTAMENTO: _____.

Entrada

Salida

Día completo

Retardo

Comisión oficial

Permiso

POR EL DÍA _____ DEL MES DE _____.

Descripción del motivo:

Documento que se anexa:

AUTORIZA

SELLO

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

ÁREA/DEPARTAMENTO QUE EXPIDE

RECURSOS HUMANOS