



ENTIDAD: <u>HIDALGO</u>	ACTOPAN A <u> </u>	DE <u> </u>	DEL <u> </u>
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: <u> </u>		PROGRAMA: <u> </u>	
NOMBRE <u> </u>		NUE O REGISTRO DE ASISTENCIA: <u> </u>	
DÍAS QUE LABORA: <u> </u>		HORARIO: <u> </u>	

FOLIO: <u> </u>	TIPO DE TRABAJADOR: <u> </u>
INCIDENCIA: <u> </u>	
PERIODO VACACIONAL: <u> </u>	
DÍAS AUTORIZADOS <u> </u>	DÍAS PENDIENTES <u> </u>
OTRO (ESPECIFIQUE) <u> </u>	

FECHA DE JUSTIFICACIÓN: <u> </u>	HORA DE JUSTIFICACIÓN: <u> </u>
OBSERVACIONES: <u> </u>	<u> </u>

 SELLO DE LA INSTITUCIÓN	AUTORIZA	SOLICITA	RECIBE
	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
	NOMBRE DE JEFE INMEDIATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL RH
	CARGO DE JEFE INMEDIATO	PUESTO DEL TRABAJADOR	RECURSOS HUMANOS



Bld. Luis Donaldo Colosio No. 4604, Fracc. El Palmar II, C.P. 42088 Pachuca de Soto, Hidalgo. Tel: 771 78 9 84 34 www.imssbienestar.com



FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS

ENTIDAD: <u>HIDALGO</u>	ACTOPAN A <u> </u>	DE <u> </u>	DE <u> </u>
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: <u> </u>		HOSPITAL GENERAL ACTOPAN	
PROGRAMA: <u> </u>		PROGRAMA: <u> </u>	
NOMBRE <u> </u>		NUE O REGISTRO DE ASISTENCIA: <u> </u>	
DÍAS QUE LABORA: <u> </u>		HORARIO: <u> </u>	

FOLIO: <u> </u>	TIPO DE TRABAJADOR: <u> </u>
INCIDENCIA: <u> </u>	
PERIODO VACACIONAL: <u> </u>	
DÍAS AUTORIZADOS <u> </u>	DÍAS PENDIENTES <u> </u>
OTRO (ESPECIFIQUE) <u> </u>	

FECHA DE JUSTIFICACIÓN: <u> </u>	HORA DE JUSTIFICACIÓN: <u> </u>
OBSERVACIONES: <u> </u>	<u> </u>

 SELLO DE LA INSTITUCIÓN	AUTORIZA	SOLICITA	RECIBE
	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
	NOMBRE DE JEFE INMEDIATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL RH
	CARGO DE JEFE INMEDIATO	PUESTO DEL TRABAJADOR	RECURSOS HUMANOS



Bld. Luis Donaldo Colosio No. 4604, Fracc. El Palmar II, C.P. 42088 Pachuca de Soto, Hidalgo. Tel: 771 78 9 84 34 www.imssbienestar.com