

Número: 12232

Grupo 13 RANGO 12001-13000

Empleado: ALCANTAR TORRES JUAN MANUEL

Fechas del Periodo: Viernes 25/10/2024 - Jueves 31/10/2024

Fecha	Entrada	Inicio Comida	Fin Comida	Salida	Totales		Detalle de Niveles de Tiempo					
					DEF	***	REG	TE1	TE2	DOM	DES	FES
Vie 25/10/2024	07:10			13:05	06.00	00.00	06.00					
	PASE DE SALIDA				PSAL	00.02	00.02					
Sáb 26/10/2024	Día de Descanso											
Dom 27/10/2024	Día de Descanso											
Lun 28/10/2024	07:11			14:07	07.00	00.00	07.00					
Mar 29/10/2024	07:25			14:06	06.67	00.00	06.67					
Mié 30/10/2024	07:13			13:39	06.67	00.00	06.67					
	PASE DE SALIDA				PSAL	01.00	01.00					
Jue 31/10/2024	07:28			14:14	06.50	00.00	06.50					
					+REG	32.83	32.83					
					+PSAL	01.02	01.02					

Fechas del Periodo: Viernes 01/11/2024 - Viernes 08/11/2024

Fecha	Entrada	Inicio Comida	Fin Comida	Salida	Totales		Detalle de Niveles de Tiempo					
					DEF	***	REG	TE1	TE2	DOM	DES	FES
Vie 01/11/2024	07:17			14:13	06.67	00.00	06.67					
Sáb 02/11/2024	Día de Descanso											
Dom 03/11/2024	Día de Descanso											
Lun 04/11/2024	PERMISO ECONOMICO				ECO	1.00	1.00					
Mar 05/11/2024	07:15			14:09	07.00	00.00	07.00					
Mié 06/11/2024	07:09			14:11	07.00	00.00	07.00					
Jue 07/11/2024	07:20			14:10	06.67	00.00	06.67					
Vie 08/11/2024	07:22			14:24	06.67	00.00	06.67					
					+REG	34.00	34.00					
					+ECO	1.00	1.00					

 Secretaría de Salud	INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE GUANAJUATO HOSPITAL GENERAL LEÓN DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS FORMATO REPORTE DE INCIDENCIAS	Fecha de actualización 10 de marzo de 2022 FT-HGL-RH-164

León, Gto., 25 10 24
 día mes año

Datos de la persona solicitante:		
<u>Módulo</u> Turno	<u>Terapia Intensiva</u> Departamento o servicio	<u>12232</u> No. de control

Nombre: Alcantar Torres Juan Manuel
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

PERMISO ECONÓMICO ☐

No. de días solicitados: _____ A partir del día: ____/____/____
 dd mm aaaa Para reanudar labores el día: ____/____/____
 dd mm aaaa

Motivo: _____

PAGO DE GUARDIA ☐

No. de días solicitados: _____ A partir del día: ____/____/____
 dd mm aaaa Para reanudar labores el día: ____/____/____
 dd mm aaaa

Motivo: _____ Como pago del día: _____

AUTORIZACIÓN DE TIEMPO EXTRA ☐

Número de horas trabajadas: _____ De las ____ : ____ a las ____ : ____
 hora hora

Motivo: _____

PAGO DE TIEMPO EXTRA ☐

Número de horas solicitadas: _____ A partir del: ____/____/____ Para reanudar labores el: ____/____/____
 dd mm aaaa dd mm aaaa

Número de días solicitados: _____

Motivo: _____

PASE DE SALIDA ☐

Personal ☒ Número de horas solicitadas: 2:00
 Oficial ☐ De las 12:00 horas, a las 14:00

SUPLENCIA ☐

Trabajador suplente: _____ No. De Control: 25 OCT. 2024
 Servicio: _____
 Fecha: ____/____/____ De las ____ : ____ a las ____ : ____ horas.

Firma de conformidad de la persona suplente:

SOLICITANTE
Alcantar Torres Juan
 Nombre y firma

JEFE(E) INMEDIATO
[Firma]
 Nombre - firma - sello

DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
 Nombre - firma - sello



	INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE GUANAJUATO	Fecha de actualización
	HOSPITAL GENERAL LEÓN	10 de marzo de 2022
	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	FT-HGL-RH-164
FORMATO REPORTE DE INCIDENCIAS		

León, Gto., 30 día 10 mes 24 año

Datos de la persona solicitante:

Matulino Turno Terapia Intensiva Departamento o servicio 12232 No. de control

Nombre: Alcantar Apellido paterno Torres Apellido materno Juan Manuel Nombre(s)

PERMISO ECONÓMICO ☐

No. de días solicitados: _____ A partir del día: ____/____/____ Para reanudar labores el día: ____/____/____
Motivo: _____

PAGO DE GUARDIA ☐

No. de días solicitados: _____ A partir del día: ____/____/____ Para reanudar labores el día: ____/____/____
Motivo: _____ Como pago del día: _____

AUTORIZACIÓN DE TIEMPO EXTRA ☐

Número de horas trabajadas: _____ De las ____:____ a las ____:____
Motivo: _____

PAGO DE TIEMPO EXTRA ☐

Número de horas solicitadas: _____ A partir del: ____/____/____ Para reanudar labores el: ____/____/____
Número de días solicitados: ____/____/____
Motivo: _____

PASE DE SALIDA ☒

Personal ☐ Número de horas solicitadas: UNC
Oficial ☐ De las 13:00 horas, a las 14:00

SUPLENCIA ☐

Trabajador suplente: _____ No. De Control: _____
Servicio: _____
Fecha: ____/____/____ De las ____:____ a las ____:____ horas.

SOLICITANTE
Alcantar Torres Juan
Nombre y firma

DR. ROMBERTO CARMONA CUEVAS
MEDICINA CRÍTICA 1150845
Nombre - firma - sello

DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
Nombre - firma - sello



