



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD GUERRERO

PASE DE SALIDA

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

TARJETA: _____

HORA DE SALIDA _____

OFICIAL

HORA DE REGRESO _____

PERSONAL

OBSERVACIONES:

SOLICITANTE:

AUTORIZÓ:

VO. BO.

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

JEFE DE RECURSOS HUMANOS



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD GUERRERO

PASE DE SALIDA

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

TARJETA: _____

HORA DE SALIDA _____

OFICIAL

HORA DE REGRESO _____

PERSONAL

OBSERVACIONES:

SOLICITANTE:

AUTORIZÓ:

VO. BO.

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

JEFE DE RECURSOS HUMANOS