



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE LA
INFRAESTRUCTURA FÍSICA
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

**SOLICITUD/AUTORIZACIÓN
INDIVIDUAL DE VACACIONES
SERVIDORES PÚBLICOS DE CONFIANZA**

Fecha: _____

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DE CONFIANZA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
R.F.C.		
Área de Adscripción	Puesto	

Período _____

AL:

Número de días hábiles previamente autorizados y disfrutados del período:

Número de días hábiles solicitados:

Número de días pendientes por disfrutar del período:

Motivo por el que no pueden disfrutar: _____

Lo anterior, toda vez que me encuentro al corriente del cumplimiento de mis funciones y conforme al derecho que me asiste al contar con más de seis meses de servicio ininterrumpidos en el desempeño de mi cargo.

NOMBRE Y FIRMA

En mi carácter de superior jerárquico del servidor público solicitante y de conformidad con las disposiciones legales y administrativas, autorizo disfrutar del período vacacional señalado.

NOMBRE Y FIRMA