



**FORMATO ÚNICO DE JUSTIFICACIÓN DE
INASISTENCIAS
CONTROL DE ASISTENCIA**

Lugar y Fecha _____

Nombre: _____ .No. De Checador _____.

Adscripción: _____ .Tel/Ext.: _____.

Seleccionar el motivo de justificación que corresponda.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vacaciones | <input type="checkbox"/> Cambio De Horario |
| <input type="checkbox"/> Comisión Fuera Del Instituto | <input type="checkbox"/> Cuidados Maternos |
| <input type="checkbox"/> Horas Por Tiempo Extra y/o Compensación De Días | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Consulta Médica | <input type="checkbox"/> Defunción |
| <input type="checkbox"/> Comisión De Trabajo Fuera de la Ciudad | <input type="checkbox"/> Asuntos Familiares Graves |
| <input type="checkbox"/> Permiso Personal | <input type="checkbox"/> Comisión Sindical |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica | <input type="checkbox"/> Lic. Pre jubilatoria |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Por Gravidéz | <input type="checkbox"/> Permiso por Lactancia |
| <input type="checkbox"/> Post Gravidéz | <input type="checkbox"/> Diligencia judicial o administrativa |
| <input type="checkbox"/> Lic. Sin Goce De Sueldo | <input type="checkbox"/> Presentar examen de grado o postgrado |
| <input type="checkbox"/> Omisión de Registro de Entrada | <input type="checkbox"/> Omisión de Registro de Salida |

Efectos: Desde _____ Hasta _____ Mes _____ Año _____.

Documentación soporte si () No ()

Observaciones: _____

Firma del Interesado

FIRMA DE AUTORIZADO
