



**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.

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

Efectos: Desde _____ Hasta _____ Mes _____ Año _____ .

Documentación soporte si ☐ No ☐

Observaciones: _____

Firma del Interesado

FIRMA DE AUTORIZADO

