



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

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 Edificio | <input type="checkbox"/> Cuidados Maternos |
| <input type="checkbox"/> Horas Por Tiempo Extra y/o Compensación De Días | <input type="checkbox"/> Eventos |
| <input type="checkbox"/> Consulta Médica | <input type="checkbox"/> Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Comisión De Trabajo Fuera de la Ciudad | <input type="checkbox"/> Defunción |
| <input type="checkbox"/> Permiso Personal (Personal Estatal) | <input type="checkbox"/> Asuntos Familiares Graves (Personal Estatal) |
| <input type="checkbox"/> Permiso Económico | <input type="checkbox"/> Comisión Sindical |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica | <input type="checkbox"/> Lic. Pre jubilatoria |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Por Gravidez | <input type="checkbox"/> Personal De Nuevo Ingreso |
| <input type="checkbox"/> Post Gravidez (Personal Estatal) | <input type="checkbox"/> Permiso por Lactancia |
| <input type="checkbox"/> Lic. Sin Goce De Sueldo | <input type="checkbox"/> Extensión de Lactancia |
| <input type="checkbox"/> Permiso por Paternidad | |

Efectos: Desde _____ **Hasta** _____ **Mes** _____ **Año** _____

Documentación soporte si () No ()

Observaciones:

 Firma del Interesado

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL AUTORIZADO

DIRECTOR DE ÁREA

DIRECTOR GENERAL