

**F-INC-03**

**DATOS DEL TRABAJADOR:**

No. CTRL: \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
 ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO Y/O EXT.: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_

DÍA(S) A JUSTIFICAR: \_\_\_\_\_

NOTA/OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

**OPCIÓN A JUSTIFICAR:**

- |   |  |
|---|--|
| <p>1.- COMISIÓN OFICIAL. ( )<br/>         HORARIO: _____<br/>         LUGAR: _____<br/>         ACTIVIDAD: _____</p>                      | <p>9.- JUSTIFICACIÓN POR TITULAR DE LA DIRECCIÓN. ( )</p>  |
| <p>2.- INCAPACIDAD DEL CENTRO MÉDICO UNIV.* ( )</p>   | <p>10.- PERIODO DE LACTANCIA (SOLICITUD)*. ( )<br/>         DEL _____<br/>         AL _____<br/>         HORARIO A LABORAR: _____<br/>         HORARIO DE LACTANCIA: _____</p> |
| <p>3.- INCAPACIDAD DEL IMSS (CERTIFICADO ORIGINAL)<br/>         INICIAL* ( )<br/>         SUBSECUENTE* ( )</p>                            | <p>11.- PERMISO POR PATERNIDAD.* ( )<br/>         12.- PERMISO POR DEFUNCIÓN DE PARIENTE EN LÍNEA DIRECTA.* ( )</p>  |
| <p>4.- JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE ENTRADA. ( )</p>   | <p>13.- PERMUTA POR DÍA(S) DE DESCANSO Y/O VACACIONES ( )<br/>         DÍA(S) A LABORAR: _____<br/>         DÍA(S) A DESCANSAR: _____</p>                                      |
| <p>5.- JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE SALIDA. ( )</p>  | <p>14.- VACACIONES (ART. 28 RGTO. DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ( )<br/>         CONFIANZA DE LA UAEM), PERIODO A DISFRUTAR:<br/>         DEL _____<br/>         AL _____</p>     |
| <p>6.- JUSTIFICACIÓN DE RETARDO. ( )</p>  |  |
| <p>7.- JUSTIFICACIÓN POR CURSOS/CAPACITACIÓN. ( )<br/>         HORARIO: _____<br/>         LUGAR: _____<br/>         ACTIVIDAD: _____</p> |  |
| <p>8.- JUSTIFICACIÓN POR ASISTENCIA AL IMSS.* ( )<br/>         HORARIO A JUSTIFICAR: _____</p>  |  |

**\*Se debe anexar documento que respalde la incidencia.**

**FIRMAS:**

VISTO BUENO

SOLICITA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL (LA) TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD ACADÉMICA, DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA O REPRESENTANTE SINDICAL.

NOMBRE Y FIRMA DEL (LA) TRABAJADOR(A).\*

\*Artículo 134 numeral V de la LFT vigente, "obligaciones de los trabajadores".

ENTERADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAL

PROCEDE: SI ( ) NO ( )

MOTIVO: \_\_\_\_\_

CAPTURÓ: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE (LA) JEFE(A) INMEDIATO(A).

F-INC-03

**REQUISITOS:**

**DATOS DEL TRABAJADOR:**

- Registrar número de control, fecha de elaboración y nombre completo.
- Anotar lugar de adscripción donde se pretende generar la incidencia y/o justificación.
- Registrar correo electrónico institucional, teléfono y/o número de extensión del trabajador.

**DÍAS A JUSTIFICAR/DESCRIPCIÓN:**

- Mencionar el día(s) a justificar.
- Indicar de manera breve, clara y concisa, la razón por la cual se solicita la justificación del día(s) requerido(s), anexando oficio si lo amerita.

**MARCAR:**

Marcar con una "✓" la justificación a tramitar.

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO:**

- Anotar nombre, firma y sello del Titular del (la) Dirección de la Unidad Académica o Dependencia Administrativa quien da visto bueno.
- Anotar nombre y firma de (la) Jefe(a) Inmediato(a).
- Anotar nombre y firma del (la) trabajador(a).

**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE JUSTIFICACIÓN:**

- Cumplir con los requisitos de llenado.
- El trámite deberá ser realizado en la ventanilla de la Dirección de Personal mediante el formato F-INC-01, en original y acuse, además deberá de ser presentado dentro del periodo límite reconocido para gestionar la solicitud ante la Dirección de Personal, según el "listado de inicio de trámite"\*
- En los casos solicitados, deberá anexarse el documento que respalde la incidencia.

**ACLARACIÓN:**

En caso de que se desee realizar alguna aclaración con respecto al trámite efectuado, se deberá presentar el formato F-INC-01 o acuse foliado, ante la Dirección de Personal a través del Departamento de Regulación Laboral.

SOLICITUD A TRAMITAR	INICIO DE TRÁMITE	
	TIPO DE PERSONAL	Periodo límite para gestionar la solicitud ante la Dirección de Personal, según la fecha de aplicación de la justificación.
	Confianza	UNIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
COMISIÓN OFICIAL.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
INCAPACIDAD DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO.*	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
INCAPACIDAD DEL IMSS (CERTIFICADO ORIGINAL).*	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN POR TITULAR DE LA DIRECCIÓN.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE ENTRADA.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE SALIDA.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN DE RETARDO.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN POR ASISTENCIA AL IMSS.*	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
JUSTIFICACIÓN POR CURSOS/CAPACITACIÓN.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
PERIODO DE LACTANCIA (REGISTRO).*	Procedente	72 horas previas
PERMISO POR DEFUNCIÓN DE PARIENTE EN LÍNEA DIRECTA.*	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
PERMISO POR PATERNIDAD.*	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
PERMUTA POR DÍA(S) DE DESCANSO Y/O VACACIONES.	Procedente	Hasta 72 horas posteriores
VACACIONES (ART. 28 RGTO. DE TRABAJO DE PERSONAL DE CONFIANZA DE LA UAEM)	Procedente	Hasta 72 horas posteriores

\*Se debe anexar documento que respalde la incidencia.

CONSULTAR EN: <https://www.uaem.mx>

\* POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE INCIDENCIAS DEL PERSONAL **CONFIANZA**.

