



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD SANTO TOMÁS
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS



LIC. DONASHI PAOLA COJULUN ORTÍZ
 JEFA DE CAPITAL HUMANO

PRESENTE México, D.F., a _____ de _____ de _____

Nombre: _____ Docente () Administrativo ()

Tarjeta Asist. No. _____ Área de Adscripción: _____

Fecha de la Incidencia: _____
 Día Mes Año

- () Retardo por _____ min. (menor a 30 min., máx. 2 a la quincena)
- () Permiso Económico (Solicitar antes de la ocurrencia)
- () Comisión oficial (Anexar respaldo)
- () Salida Anticipada Motivo _____ (anexar respaldo)
- () Cambio de horario (anexar respaldo)

NOTA: Este documento **carece de validez** si lleva tachaduras, enmendaduras o letra ilegible.
 Sírvase presentarlo en un plazo no mayor del **segundo día hábil** posterior a la ocurrencia de su incidencia.

INTERESADO (firma)

JEFE INMEDIATO (nombre y firma)

SUBDIRECTOR ADMVO.



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD SANTO TOMÁS
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS



LIC. DONASHI PAOLA COJULUN ORTÍZ
 JEFA DE CAPITAL HUMANO

PRESENTE: México, D.F., a _____ de _____ de _____

Nombre: _____ Docente () Administrativo ()

Tarjeta Asist. No. _____ Área de Adscripción: _____

Fecha de la Incidencia: _____
 Día Mes Año

- () Retardo por _____ min. (menor a 30 min., máx. 2 a la quincena)
- () Permiso Económico (Solicitar antes de la ocurrencia)
- () Comisión oficial (Anexar respaldo)
- () Salida Anticipada Motivo _____ (anexar respaldo)
- () Cambio de horario (anexar respaldo)

NOTA: Este documento **carece de validez** si lleva tachaduras, enmendaduras o letra ilegible.
 Sírvase presentarlo en un plazo no mayor del **segundo día hábil** posterior a la ocurrencia de su incidencia.

INTERESADO (firma)

JEFE INMEDIATO (nombre y firma)

SUBDIRECTOR ADMVO.