

F-INC-01

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. ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>ACTIVIDAD: _____</p>                                                                                 | <p>8.- INCAPACIDAD DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO.* ( )</p> <p>9.- INCAPACIDAD DEL IMSS (CERTIFICADO ORIGINAL)</p> <p>INICIAL* ( )</p> <p>SUBSECUENTE* ( )</p> <p>10.- INCAPACIDAD DEL ISSSTE.* ( )</p> <p>11.- INCAPACIDAD POR MÉDICO PARTICULAR.* ( )</p> <p>12.- JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE ENTRADA (ACAD. POR JORNADA). ( )</p> <p>13.- JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE SALIDA (ACAD. POR JORNADA). ( )</p> <p>14.- JUSTIFICACIÓN DE RETARDO (ACAD. POR JORNADA). ( )</p> <p>15.- JUSTIFICACIÓN POR ASISTENCIA AL IMSS.* ( )</p> |
| <p>2.- COMISIÓN SINDICAL SITUAEM. ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>ACTIVIDAD: _____</p>                                                                        | <p>HORARIO A JUSTIFICAR: _____</p> <p>16.- JUSTIFICACIÓN POR CONSEJO UNIVERSITARIO/TÉCNICO. ( )</p> <p>17.- PERIODO DE LACTANCIA (SOLICITUD).* ( )</p> <p>DEL _____ AL _____</p> <p>HORARIO A LABORAR: _____</p> <p>HORARIO DE LACTANCIA: _____</p> <p>18.- PERMISO CON GOCE DE SUELDO. ( )</p> <p>NÚMERO DE HORA(S): _____</p> <p>MATERIA(S): _____</p> <p>HORARIO(S): _____</p>                                                                                                                                                  |
| <p>3.- COMISIÓN ACADÉMICA POR DIRECCIÓN. ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>ACTIVIDAD: _____</p>                                                                 | <p>19.- PERMISO PARA CUIDADOS DE SALUD PARA FAMILIA EN LÍNEA DIRECTA.* ( )</p> <p>20.- PERMISO POR CUIDADOS MATERNOS.* ( )</p> <p>21.- PERMISO POR CUMPLEAÑOS. ( )</p> <p>22.- PERMISO POR DEFUNCIÓN DE PARIENTE EN LÍNEA DIRECTA.* ( )</p> <p>23.- PERMISO POR PATERNIDAD.* ( )</p> <p>24.- PERMISO POR PERIODO DE MATERNIDAD.* ( )</p> <p>25.- PERMISO POR TITULACIÓN.* ( )</p>                                                                                                                                                  |
| <p>4.- ESTANCIA/JUSTIFICACIÓN POR RECTOR.* ( )</p> <p>5.- JUSTIFICACIÓN POR PRÁCTICA(S) O ESCENARIO(S).* ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>ACTIVIDAD: _____</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>6.- JUSTIFICACIÓN POR CURSOS/CAPACITACIÓN. ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>NOMBRE DEL CURSO: _____</p>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>7.- PERMISO POR ASAMBLEA SECCIONAL SITUAEM. ( )</p> <p>HORARIO: _____</p> <p>LUGAR: _____</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).

## SERVICIOS PERSONALES

### REQUISITOS:

#### DATOS DEL TRABAJADOR(A):

- Registrar número de control, fecha de elaboración y nombre completo.
- Anotar lugar de adscripción donde se pretende generar la incidencia y/o justificación.
- En caso de que la justificación por práctica(s) o escenario(s) sea mayor a 5 días, la Unidad Académica o Dependencia Administrativa deberá solicitar la autorización a la Secretaría Académica por escrito.
- En caso del Permiso Sin Goce de Sueldo sea mayor a 10 días, deberá solicitar la autorización a la Secretaría Académica por escrito.
- Registrar correo electrónico institucional, teléfono y/o número de extensión del trabajador(a).

#### 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 "X" la justificación a tramitar.

#### NOMBRE, FIRMA Y SELLO:

- Anotar nombre, firma y sello del Titular del (la) Dirección de la Unidad Académica, Dependencia Administrativa o Representante Sindical, quien da visto bueno.
- Anotar nombre y firma de (la) Jefe(a) Inmediato(a).
- Anotar nombre y firma del (la) trabajador(a).
- En el caso de los trabajadores(as) de periferia o foránea deberán tramitarlo ante el Representante Sindical, donde se anotará el nombre 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.

| LISTADO DE INICIO DE TRÁMITE                                   |                                      |                                         |                                      |                                           |                                                                                                                             |                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| SOLICITUD A TRAMITAR                                           | TIPO DE PERSONAL                     |                                         |                                      |                                           | Periodo límite para gestionar la solicitud ante la Dirección de Personal, según la fecha de aplicación de la justificación. |                                 |
|                                                                | Docente por H/S/M - Sindicalizado(a) | Docente por H/S/M - NO Sindicalizado(a) | Docente por Jornada Sindicalizado(a) | Docente por Jornada - NO Sindicalizado(a) | UNIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA                                                                               | REPRESENTACIÓN SINDICAL SITUAEM |
| COMISIÓN ACADÉMICA POR DIRECCIÓN.                              | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| COMISIÓN OFICIAL.                                              | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| COMISIÓN SINDICAL SITUAEM.                                     | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | N/A                                                                                                                         | Hasta 48 horas posteriores      |
| ESTANCIA JUSTIFICACIÓN POR RECTOR.*                            | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| INCAPACIDAD DEL CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO.*                  | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| INCAPACIDAD DEL IMSS (CERTIFICADO ORIGINAL).*                  | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| INCAPACIDAD DEL ISSSTE.*                                       | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| INCAPACIDAD MÉDICO PARTICULAR.*                                | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE ENTRADA.                           | N/A                                  | N/A                                     | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE SALIDA.                            | N/A                                  | N/A                                     | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| JUSTIFICACIÓN DE RETARDO.                                      | N/A                                  | N/A                                     | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| JUSTIFICACIÓN POR ASISTENCIA AL IMSS.*                         | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| JUSTIFICACIÓN POR CONSEJO UNIVERSITARIO/TÉCNICO                | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | N/A                             |
| JUSTIFICACIÓN POR CURSOS/CAPACITACIÓN.                         | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| JUSTIFICACIÓN POR PRÁCTICA(S) O ESCENARIO(S).*                 | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERIODO DE LACTANCIA (REGISTRO).*                              | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR CUMPLEAÑOS.                                        | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO CON GOCE DE SUELDO.                                    | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO SIN GOCE DE SUELDO.                                    | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO PARA CUIDADOS DE SALUD PARA FAMILIA EN LÍNEA DIRECTA.* | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR ASAMBLEA SECCIONAL SITUAEM.                        | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | N/A                                                                                                                         | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR DEFUNCIÓN DE PARIENTE EN LÍNEA DIRECTA.*           | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR CUIDADOS MATERNOS.*                                | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR PERIODO DE MATERNIDAD.                             | Procedente                           | Procedente                              | N/A                                  | N/A                                       | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR PATERNIDAD.*                                       | Procedente                           | Procedente                              | Procedente                           | Procedente                                | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |
| PERMISO POR TITULACIÓN.*                                       | Procedente                           | N/A                                     | Procedente                           | N/A                                       | Hasta 48 horas posteriores                                                                                                  | Hasta 48 horas posteriores      |

\*Se debe anexar documento que respalde la incidencia.

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

\* POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE INCIDENCIAS DEL PERSONAL ACADÉMICO.



Av. Universidad 1001 Col. Chamilpa, Cuernavaca, Morelos, México, CP 62209, Edificio 2A, Piso 1.

Tel. 777 329 70 00, Ext. 4600, 3322 y 3399 / [regulacionlaboral@uaem.mx](mailto:regulacionlaboral@uaem.mx)