



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
PASE DE SALIDA / JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS**

Anexo 1

No. EMPLEADO (A):	ADSCRIPCIÓN:	FECHA DE ELABORACIÓN:
NOMBRE:		
FECHA QUE JUSTIFICA EL PERMISO:	DE:	A:
HORARIO A JUSTIFICAR:	DE:	A:
<b>ASUNTO</b>		
<input type="checkbox"/> COMISIONES LABORALES	<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD MÉDICA
<input type="checkbox"/> MATERNIDAD/PATERNIDAD	<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	<input type="checkbox"/> REPOSICIÓN DE VACACIONES
<input type="checkbox"/> INCIDENCIA	<i>NINGÚN FORMATO SERÁ VÁLIDO SI NO CUENTA CON LA FIRMA DE AUTORIZACIÓN O SI NO REMITE EL RESPECTIVO SOPORTE AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 3 DÍAS HÁBILES DE HABER CONCLUIDO EL PERMISO.</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• EN CASO DE INCAPACIDAD Y CONSULTA MÉDICA REMITIR COMPROBANTE ORIGINAL EXPEDIDO POR EL IMSS.</li><li>• LAS INCAPACIDADES CORRESPONDEN A DÍAS NATURALES.</li><li>• SI SE TRATA DE PERMISO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR, SE REQUIERE FOTOCOPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.</li></ul>		
ANEXA JUSTIFICANTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIÓN:	
SOLICITA	VO.BO.	AUTORIZA
<b>INTERESADO</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>TITULAR DEL ÁREA DE ADSCRIPCIÓN</b> NOMBRE Y FIRMA	<b>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN/ DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</b>
<b>NOTA: SUJETO A REVISIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA CEDHV.</b>		