

Formato de Justificación de Incidencias

Lugar de Expedición: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Datos Personales

Nombre del Servidor Público: \_\_\_\_\_

Área de Adscripción o Comisión: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Personal (NIP)  
ó Tarjeta de Control de Asistencia:

Número de  
Teléfono ó  
extensión

Tipo de Incidencia

Periodo de la incidencia  
solicitada:

Del:

Al:

Incapacidad médica:

IMSS

☐

ISSSTECH

☐

OTRO

☐

Permiso económico:

☐

1er.  
Día

☐

2er.  
Día

☐

3er.  
Día

Comisión:

☐

Sin viaticos.

☐

Con viaticos

☐

Primer semestre

☐

Segundo semestre

Periodo vacacional:

☐

Primero

☐

Segundo

Total de días:

Días pendientes:

año:

Otros:

Omisión entrada:

☐

Omisión Salida:

☐

Reposición por laborar en días festivos  
u otorgados:

☐

Descripción de la Incidencia

Motivos de la incidencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmas de Validación

Solicita

Autoriza

Visto Bueno

Nombre del trabajador (a)

Nombre y cargo del jefe inmediato.

Jefe de la Unidad de Apoyo Administrativo

**Nota:** El Formato no debe presentar alteraciones o tachaduras y deberá cumplir con lo establecido dentro del instructivo de llenado para ser aceptado por el Área de Recursos Humanos; asimismo, no se otorgará permiso con goce de sueldo al personal de Base, en los siguientes casos: **a)** Antes o después de los días considerados como descanso obligatorio. **b)** Antes o después de los periodos vacacionales.



## FORMATO DE PASE DE SALIDA

<b>DATOS DEL EMPEADO</b>	<b>NÚMERO DE FOLIO:</b>
<b>NOMBRE DEL TRABAJADOR:</b>	
<b>CATEGORÍA:</b>	<b>AREA DE ADSCRIPCIÓN Y/O COMISIÓN:</b>
<b>MOTIVO DEL PERMISO.</b>	
<b>HORA DE SALIDA:</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
<b>HORA DE REINCORPORACIÓN:</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
<b>AUTORIZA</b>	
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO</b>	<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> <b>JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO DE CEMZOOMAT</b>

FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Información del empleado

Fecha: \_\_\_\_\_

Área de adscripción: \_\_\_\_\_

Actualmente se encuentra en su área de adscripción: Si ( ) No ( )

Si su respuesta es negativa:

Indique su área actual: \_\_\_\_\_

Recibió Oficio de Comisión: Si ( ) No ( )

Tipo de relación laboral: Base ( ) Confianza ( ) Eventual ( )

Datos Personales

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo personal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_.

Domicilio \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_.

En caso de accidente notificar a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS PERSONALES:

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de mantener actualizado sus datos del personal activo y comisionado en sus expedientes de la CEMZOOMAT; Recibir, registrar, tramitar y resolver de ejercicio de derechos ARCO, **Nombre, CURP, RFC, Categoría, año de nacimiento, curriculum vitae, Domicilio, Teléfono fijo o celular.**

**Consentimiento:** Estando enterado del contenido del presente aviso de privacidad y de sus alcances y consecuencias legales si otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados y transferidos en los términos contenidos y precisados con anterioridad, y en este mismo acto si recibo copia simple del presente aviso de privacidad.



## FICHA DE REGISTRO

Servicio Social \_\_\_\_\_ Residencia Profesional \_\_\_\_\_ Prácticas Profesionales \_\_\_\_\_  
Asesoría de Tesis \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Domicilio completo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Documento oficial de petición de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_  
Escuela de Procedencia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Licenciatura: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_  
No. de horas a acumular: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
Período del Servicio \_\_\_\_\_  
Nombre del Programa : \_\_\_\_\_  
No. de afiliación al IMSS o ISSSTE (obligatorio): \_\_\_\_\_  
Área de Adscripción del Zoológico en donde pretendo realizar mi trabajo: \_\_\_\_\_

Como prestador de \_\_\_\_\_ me comprometo a: \_\_\_\_\_

1. Actuar con honestidad absoluta en el desempeño de tareas, incluyendo el conteo y registro del número de horas aportadas.
2. Deslindar a la Coordinación Estatal para el Mejoramiento del "Zoológico Miguel Álvarez del Toro" de obligaciones referentes a gastos médicos o sus derivados por eventualidades que se susciten tanto en las instalaciones de esta Coordinación, o bien fuera de estas, siempre y cuando me encuentre en la prestación de mis servicios.
3. Portar el gafete oficial que señala mis datos básicos, área de adscripción y periodo de estancia en la Coordinación.
4. Entregar un cronograma específico de las actividades a desarrollar y la descripción de las mismas, señalando la fecha de conclusión.
5. Reconocer que en ningún momento habrá ninguna relación obrero patronal "laboral" entre la Coordinación y el interesado que suscribe.

Al firmar esta ficha de registro, manifiesto estar de acuerdo con ésta y las disposiciones que marca el reglamento de servicio social de la Coordinación.

Nombre y Firma del Interesado

Nombre y Firma del Jefe de Area

Nombre y Firma del Jefe de Unidad de  
Apoyo Administrativo