



FORMATO DE INCIDENCIA DE PERSONAL

NOMBRE		No. EMPLEADO		FECHA	
PUESTO		TIPO DE EMPLEADO	SINDICALIZADO	CONFIANZA	
ÁREA		JEFE DIRECTO			

VACACIONES

	Día	Mes	Año			
FECHA DE INGRESO				DÍAS REQUERIDOS		
AÑOS DE ANTIGÜEDAD				DÍAS PENDIENTES DE DISFRUTAR		
DÍAS A QUE TIENE DERECHO				FECHA DE INICIO DE VACACIONES		
				FECHA DE TERMINO DE VACACIONES		
PERIODO:	PRIMER		SEGUNDO	FECHA DE REINCORPORACIÓN		

INCAPACIDAD

CLASE DE INCAPACIDAD:	TIPO DE INCAPACIDAD	INICIAL	SUBSECUENTE
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GENERAL	FOLIO DE INCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	NÚMERO DE DÍAS INCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> MATERNIDAD	FECHA INICIO		FECHA TERMINO
<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA			

PERMISOS

PERMISO SIN GOCE	<input type="checkbox"/>	No. DE DIAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO
PERMISO CON GOCE	<input type="checkbox"/>	No. DE DIAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO
MOTIVO	<input type="checkbox"/> MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>	PERMISO CAMBIO DE REGISTRO ASIST.	<input type="checkbox"/> HORA DE REGISTRO
	<input type="checkbox"/> NACIMIENTO HIJO	<input type="checkbox"/>	COMISIÓN (ADJUNTAR DOCUMENTO SOPORTE)	
	<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	OTRO	Explique
	<input type="checkbox"/> DÍAS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/>		

MODIFICACION SUELDO/CATEGORIA

CATEGORIA	<input type="checkbox"/>	CATEGORIA ANTERIOR		CATEGORIA NUEVA	
SUELDO	<input type="checkbox"/>	SUELDO ANTERIOR		SUELDO NUEVO	
APLICAR A PARTIR DE:					

CAMBIO DE REGISTRO DE ENTRADA-SALIDA Y CAMBIO DE DESCANSO

HORA DE ENTRADA		HORA DE SALIDA	
DÍA DE PAGO DESCANSO		HORARIO DE PAGO DESCANSO	

CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN

UBICACIÓN ACTUAL		UBICACIÓN NUEVA	
JUSTIFICACIÓN			

SOLICITUD DE BAJA

MOTIVO:	<input type="checkbox"/> FALTAS	FECHA DE APLICACIÓN	
	<input type="checkbox"/> FALTA DE CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES		
	<input type="checkbox"/> ABANDONO DE LABORES		

OBSERVACIONES

--	--	--	--

AUTORIZACION

NOMBRE Y FIRMA DE EMPLEADO	NOMBRE Y FIRMA DE JEFE INMEDIATO O SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACION PRESIDENTE MUNICIPAL	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO OFICIALIA MAYOR
----------------------------	--	---	--