

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE INCIDENCIAS

MTRO. LUIS ALBERTO HUERTA LÓPEZ  
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

AGRADECERÉ A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LO SEÑALADO A CONTINUACIÓN:

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESOR

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NOMBRAMIENTO	_____	_____	_____
AREA DE ADSCRIPCIÓN:	_____		
NÚM. EMPLEADO:	_____	_____	TURNO: _____
HORARIO :	_____		
CORREO ELECTRÓNICO:	_____	_____	TELÉFONO: _____

MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INCIDENCIA

OMISIÓN DE REGISTRO DE FIRMA <input type="checkbox"/>	FECHA DE LA OMISIÓN: _____	LICENCIA MÉDICA POR CUIDADOS MATERNOS	
		DÍAS OTORGADOS <input type="checkbox"/>	A PARTIR DE: ____ A ____
COMISIÓN <input type="checkbox"/>	FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____	LICENCIA CON GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/1	
INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/>	NÚM. DE DÍAS DE INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	A PARTIR DE: ____ A ____
		LICENCIA SIN GOCE DE SALARIO- Cláusula 69/2	
FECHA: A PARTIR DE: ____ A ____		A PARTIR DE: ____ A ____	

**Nota:** En el caso de las incidencias por comisión, incapacidad ó cuidados maternos deberá anexar la constancia correspondiente en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

**OBSERVACIONES:**

AUTORIZA  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIA ACADÉMICA  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ACADÉMICO