



**BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL  
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
DIRECCIÓN GENERAL  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
CICLO ESCOLAR \_\_\_\_\_**



BECENE-SA-DRH-PO-02-01  
Revisión 2

**FORMATO DE INCIDENCIAS DEL PERSONAL**

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

**Folio** 0 0 0 1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
FUNCIÓN: <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Apoyo	TIPO DE PLAZA: <input type="checkbox"/> Homologada <input type="checkbox"/> Educación Básica <input type="checkbox"/> Subsidio		
<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE DÍAS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN OFICIAL EXTERNA*	<input type="checkbox"/> RECUPERACIÓN DE JORNADA LABORAL **	
<input type="checkbox"/> PERMISO ECONÓMICO INTERNO POR UN DÍA	<input type="checkbox"/> PERMISO INTERNO DE SALIDA *	<input type="checkbox"/> JUSTIFICACIÓN DE RETARDO **	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD MÉDICA IMSS	<input type="checkbox"/> INASISTENCIA NO JUSTIFICADA (DESCUENTO)	<input type="checkbox"/> JUSTIFICACIÓN DE OMISIÓN DE REGISTRO DE ENTRADA/SALIDA**	
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD MÉDICA PARTICULAR POR UN DÍA *	<input type="checkbox"/> PERMISO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR *	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DÍA LABORAL POR NECESIDAD INSTITUCIONAL **	
<input type="checkbox"/> TIEMPO RETRIBUIDO POR COMISIÓN INSTITUCIONAL *	<input type="checkbox"/> OTRO: _____		

Especificar información complementaria (días a solicitar y/o justificar, fecha, horario, causas-motivos, entre otros). \* Adjuntar documento que justifica la incidencia.

\*\* Firma del jefe inmediato superior.

AUTORIZA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN GENERAL

Vo.Bo.

ENTERADO (A)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

\_\_\_\_\_  
JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS