|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA | | |
| DÍA | MES | AÑO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D A T O S |  |  |  |  |  |
| Nombre del Empleado(a): |  | | | No. |
|  |  |  |  | (uso exclusivo de DP) |
| Departamento: |  | | |  |
| Aviso al Departamento de Personal de: | | | **PERMISO** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| P E R M I S O S |  |  |  |  |
| **Permiso:** | ECONOMICO | NO ECONOMICO | I.M.S.S. |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| Día(s) Autorizado(s): | del | al | De |
| **ó** |  |  |  |
| Hora(s) Autorizada(s): | de | a | del día |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Justificación: |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITÓ |  | AUTORIZÓ |  | Vo. Bo. |
| Empleado(a) Nombre y firma |  | Jefe (a) Inmediato (a) |  | Departamento de Personal |
|  |  | Nombre y firma |  | Nombre y firma |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOTAS | **\***Para el caso de permisos por enfermedad y/o atención médica que no amerite Incapacidad, deberán anexar el documento emitido por el IMSS o en su defecto el formato "PASE DE ASISTENCIA AL IMSS" ya establecido. |
| \*Serán considerados como **"permisos económicos"** los días completos otorgados y los que abarquen más de 4 hrs en el día. |
| \*Las horas otorgadas como permisos serán acumulativas a los considerados como **"permisos económicos"**. |