|  |
| --- |
| **I N C I D E N C I A S** |

|  |  |
| --- | --- |
| No. DE EMPLEADA(O):  NOMBRE: | FECHA DEL DÍA(S) A JUSTIFICAR: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PERSONAL ACADÉMICA/O **( )** PERSONAL ADMINISTRATIVA/O **( )** | | |
| **( )**ENFERMEDADES O ACCIDENTES GRAVES  **( )**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA  **( )**DEFUNCIÓN | | **( )**EXAMEN DE GRADO  **( )**MATRIMONIO  **( )**NACIMIENTO |
| **Nota: Anexar copia del documento comprobatorio según corresponda.** | | |
| **HORARIO DEL DIA A JUSTIFICAR:** |  | |
| **OBSERVACIONES (hacer referencia a la cláusula que corresponda):** | | |

**AUTORIZO**

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

**NOMBRE Y FIRMA DE LA (EL) JEFE INMEDIATO**