



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN
UNIDAD SANTO TOMÁS
SUDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO
FORMATO DE INCIDENCIAS DEL REGISTRO Y CONTROL DE INCIDENCIAS



Ciudad de México, a 1 de mes de 2026.

FOLIO DCH: _____

Área o departamento: INDICAR ÁREA O DEPARTAMENTO.

R.F.C: RFC SIN HOMOCLOAVE

No. de control: 313

Extensión: 61515

C.P. ALFREDO DANIEL ARTEAGA RESÉNDIZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO

PRESENTE

Solicito a usted considerar la autorización que se detalla:

1. Retardo: INDICAR FECHA Y MINUTOS DE EL(LOS) DÍA(S) A JUSTIFICAR.
2. Omisión.
 - ENTRADA
 - SALIDA
 - INDICAR FECHA ASÍ COMO LA HORA A LA QUE ENTRARÁ O SALDRÁ SEGÚN SEA EL CASO (ADJUNTAR RESPALDO).
3. Por reposición de días: INDICAR SI ES DÍA POR DÍA O REPOSICIÓN POR NOTAS BUENAS Y ADJUNTAR RESPALDO.
4. Por incapacidad: INDICAR PERIODO Y ADJUNTAR LICENCIA MÉDICA DEL ISSSTE.
5. Permiso económico: INDICAR LOS DÍAS (MÁXIMO TRES POR MES).
6. Cuidados maternos: INDICAR LOS DÍAS Y ADJUTAR RESPALDO DEL ISSSTE (MÁXIMO 6 AL AÑO).
7. Cuidados familiares: INDICAR LOS DÍAS Y ADJUNTAR RESPALDO (CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL ISSSTE O DEPENDENCIA DEL SECTOR SALUD, QUE INDIQUE QUE EL FAMILIAR REQUIERE DE LOS CUIDADOS POR PARTE DEL TRABAJADOR.
8. Otros: POR LAS CAUSAS Y MOTIVOS LABORALES A QUE HAYA LUGAR, INDICANDO FECHAS (ADJUNTAR RESPALDO).

NOTA: LAS INSTRUCCIONES SE BORRAN AUTOMÁTICAMENTE AL IMPRIMIR, NO ES NECESARIO BORRAR.

Solicita

Nombre del trabajador

Autoriza

Vo. Bo.

Indicar nombre del jefe inmediato superior
Indicar cargo

C.P. Alfredo Daniel Arteaga Reséndiz
Jefe del Departamento de Capital Humano



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN
UNIDAD SANTO TOMÁS
SUDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO
FORMATO DE INCIDENCIAS DEL REGISTRO Y CONTROL DE INCIDENCIAS



FORMATO PARA LA JUSTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DEL REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIA

INSTRUCCIONES

1. CONSIDERACIONES GENERALES

- El presente formato es de **uso obligatorio** para la justificación de incidencias relacionadas con el **registro y control de asistencia** para el personal docente y de apoyo y asistencia a la educación.
- El formato deberá **descargarse y llenarse electrónicamente**. No se aceptan formatos alterados, incompletos o modificados.
- El documento se encuentra **protegido** por lo que únicamente permite el llenado de los campos habilitados.
- Una vez requisitado, deberá **imprimirse, firmarse y entregarse** al Departamento de Capital Humano.
- Toda incidencia deberá contar con el **respaldo documental correspondiente**, según el tipo de justificación.
- Una vez entregado al Departamento de Capital Humano, el trabajador será el responsable de acudir por el ACUSE correspondiente un día hábil posterior a la entrega. **Solo se resguardarán máximo 5 días hábiles**.

2. REQUISITOS TÉCNICOS

- Microsoft Word **versión de escritorio** (preferentemente 2016 o superior).
- Descargar el archivo antes de abrirlo.
- No utilizar Word en línea u otros procesadores de texto.

3. LLENADO DE DATOS GENERALES

- **Fecha de elaboración.**
- **Área o departamento.**
- **RFC (sin homoclave).**
- **No. de control.**
- **Extensión telefónica donde pueda localizarse.**
- **Tipo de incidencia.**
- **Nombre del trabajador.**
- **Nombre de superior.**
- **Cargo.**
- **Firmas correspondientes.**



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN
UNIDAD SANTO TOMÁS
SUDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO
FORMATO DE INCIDENCIAS DEL REGISTRO Y CONTROL DE INCIDENCIAS



4. SELECCIÓN DEL TIPO DE INCIDENCIA

SOLO DEBERÁ MARCARSE LA O LAS OPCIONES CORRESPONDIENTES A LA INCIDENCIA QUE DESEA JUSTIFICAR.

- Retardo
 - Indicar **fecha(s) y minutos** del retardo.
- Omisiones
 - Seleccionar si corresponde a entrada o salida (en ningún caso ambas) e indicar la fecha y hora exacta en la que saldrá o entrará según sea el caso.
- Reposición de días
 - Indicar si se trata de una reposición de **día por día** o mediante **notas buenas** y adjuntar el respaldo correspondiente.
- Incapacidad
 - Indicar el periodo que comprende la incapacidad y adjuntar la licencia médica **expedida por el ISSSTE**.
- Permiso económico
 - Indicar el día o días solicitados. Importante considerar que el máximo permitido es de **tres días por mes**.
- Cuidados maternos
 - Indicar los días solicitados, adjuntar respaldo emitido por el ISSSTE. **Máximo 6 días al año**.
- Cuidados familiares
 - Indicar los días solicitados, adjuntar el certificado médico expedido por el ISSSTE o por una institución del sector salud, en el que se señale que el familiar requiere los cuidados por parte del trabajador.
- Otros
 - Especificar claramente la causa o el motivo laboral, indicar fechas y adjuntar el respaldo correspondiente.



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN
UNIDAD SANTO TOMÁS
SUDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO
FORMATO DE INCIDENCIAS DEL REGISTRO Y CONTROL DE INCIDENCIAS



5. ENTREGA Y VALIDACIÓN

- El formato debidamente requisitado y firmado deberá entregarse en el Departamento de Capital Humano.
- El área revisará:
 - Correcto llenado.
 - Respaldo documental.
 - La autorización quedará sujeta a la validación por parte del jefe de capital humano conforme a la normatividad.

6. DISPOSICIONES FINALES

- La entrega del formato **no garantiza la procedencia automática** de la justificación.
- Cualquier información falsa o alterada deriva en responsabilidades administrativas correspondientes.
- Cualquier duda sobre el llenado o procedencia deberá consultarse directamente con el Departamento de Capital Humano en la extensión **61515** con las **CC. Miriam Escalante, Bibiana Maldonado y Cecilia Gallegos.**

ATENTAMENTE

DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO