



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

## DIRECCION GENERAL DE PERSONAL

### CIRCULAR DGP/ 001/99

Asunto: "Incidencias por Días Económicos, Incapacidad/  
ISSSTE y Comisiones de Trabajo".

Sustituye Circulares 21/86 y 30/90.

**A LOS COORDINADORES, DIRECTORES DE FACULTADES,  
ESCUELAS, CENTROS E INSTITUTOS, DIRECTORES GENERALES,  
SECRETARIOS ADMINISTRATIVOS Y JEFES DE UNIDAD  
ADMINISTRATIVA DE ESTA UNIVERSIDAD**

Presente.

Con objeto de hacer de su conocimiento las políticas para la justificación de las faltas de asistencia del personal administrativo de base, se comunica lo siguiente:

1. La incapacidad expedida por el ISSSTE, deberá exhibirla el trabajador inmediatamente que reanude sus labores, a efecto de justificar sus faltas; con la consecuencia de no justificarle las mismas y tampoco cubrirle el salario si no lo hace de esta manera.
2. Los días económicos deben considerarse invariablemente por la jornada completa.
3. La tolerancia para llegar tarde a sus labores, es aplicable y opera únicamente en la iniciación de la jornada.
4. Las Comisiones de Trabajo a fin de facilitar su registro deberán estar requisitadas en el formato que se anexa.

Agradezco su apoyo para el debido cumplimiento de la presente y me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente

**"POR MI RAZA HALARÁ EL ESPÍRITU"**

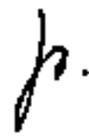
CD. Universitaria, D.F., a 19 de febrero de 1999.

**EL DIRECTOR GENERAL**

  
C.P. JUAN MARIO TORRES CÁRDENAS

INTC/DM/ANP/CLM/1999

PADE/Circular 001



## REPORTE DE COMISIONES DE TRABAJO

DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN:		FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	
No. _____ Nombre _____		Día / Mes / Año	Día / Mes / Año	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>				
R.F.C.	NOMBRE	NO. TARJETA	CATEGORÍA	JORNADA DE TRABAJO
<b>DATOS DE COMISION OFICIAL</b>				
HORARIO	ACTIVIDAD REALIZADA	LUGAR (Dependencia)	COMISIÓN A CARGO DE :	
De: _____ A: _____ Día(s): _____	_____	_____	_____	
		NOMBRE Y CATEGORÍA		
AUTORIZACIÓN		CONOCIMIENTO	CONFORMIDAD	
UNIDAD ADMINISTRATIVA		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR	
Elaboró: _____				
Lugar y Fecha: _____				

Este documento sólo será válido si cuenta con sello y firma de autorización de la Unidad Administrativa

TRABAJADOR DGPE-11-99-0

## REPORTE DE COMISIONES DE TRABAJO

DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN:		FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	
No. _____ Nombre _____		Día / Mes / Año	Día / Mes / Año	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>				
R.F.C.	NOMBRE	NO. TARJETA	CATEGORÍA	JORNADA DE TRABAJO
<b>DATOS DE COMISION OFICIAL</b>				
HORARIO	ACTIVIDAD REALIZADA	LUGAR (Dependencia)	COMISIÓN A CARGO DE :	
De: _____ A: _____ Día(s): _____	_____	_____	_____	
		NOMBRE Y CATEGORÍA		
AUTORIZACIÓN		CONOCIMIENTO	CONFORMIDAD	
UNIDAD ADMINISTRATIVA		JEFE INMEDIATO	TRABAJADOR	
Elaboró: _____				
Lugar y Fecha: _____				

Este documento sólo será válido si cuenta con sello y firma de autorización de la Unidad Administrativa

UNIDAD ADMINISTRATIVA DGPE-11-99-0