



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
División de Recursos Humanos  
Implementación de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 22 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Javier Jaime Cienfuegos

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X) Profesor(a) de Carrera ( ) Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| a) Permiso Económico (X) no. _____ | d) Comisión ( )                            |
| b) Vacaciones por Antigüedad ( )   | e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( ) |
| c) Personal / Familiar ( )         | f) Otros ( )                               |

Especificar motivo: Académico

Día(s) 23 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Académico

No. Horas 1

Asignatura: Antropología y Medicina

Horario: 13:00-14:00

Javier Jaime Cienfuegos  
Nombre y Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director(a)  
o Subdirector(a)

00024



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Procesos de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 24 de Agosto de 2016

Dependencia: Facultad de Medicina - Lic. Terapia Física

Nombre del empleado(a): Marisol Lopez Alvarez

Número de Empleado: 30088

> Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar (X)

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal

Día(s) 24 Agosto del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Personal

No. Horas 4

Asignatura: IF en Ent. Respiratorias

Horario: 9 a 13 hrs

Marisol Lopez Alvarez  
Nombre y Firma Solicitante

Arturo Martinez Casme  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00023



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Departamento de Educación Superior,  
Secretaría de Educación Pública,  
Instituto Mexicano del Seguro Social



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 25 de Agosto de 2016

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(s): Dafne Padilla Gonzalez

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

> Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ☒

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Exponer motivo: Capacitacion para la materia de  
crecimiento y desarrollo de actual semestre

Día(s) 29 - 30 - 31 del mes de agosto de 20 16

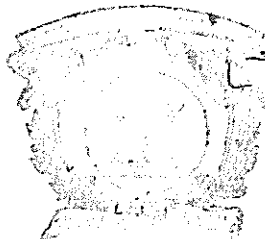
Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas: \_\_\_\_\_

Asignatura: crecimiento y desarrollo

Horario: \_\_\_\_\_

LTO Dafne Padilla G.  
Nombre y Firma Solicitante



FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN MEDICINA

LTO Arturo Martinez Cosme  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00022



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 24 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Carolina Cruz López

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X no. 1)

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Curso de capacitación

Día(s) 29 y 31 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas 8

Asignatura: TF alteraciones sensoriales

Horario: \_\_\_\_\_

→ Neurodesarrollo  
→ Administración

Carolina Cruz López  
Nombre y Firma Solicitante

Arturo Martínez Cosme  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00021



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 23 de agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Dra. Graciela Cantreón Jiménez

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( ☒ )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Holter

Viscosoplamiento en (respuesta d)

Día(s) 23 del mes de agosto de 20 16

Motivo: procedimiento

No. Horas 1

Asignatura: Pr. I. área

Horario: 8-9 HS.

Graciela Cantreón Jiménez  
Nombre y Firma Solicitante

[Firma]  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00020



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 11 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Carolina Tecuati Tolama

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

> Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒ Profesor(a) de Carrera ( ) Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

- a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_ d) Comisión ( )  
b) Vacaciones por Antigüedad ( ) e) Eventos Académicos y/o Capacitación ☒  
c) Personal / Familiar ( ) f) Otros ( )

Especificar motivo: Asistencia al LX Congreso Nacional de  
Ciencias Fisiológicas (14-18 de agosto)

Día(s) 18 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Asistencia a congreso No. Horas 6

Asignatura: Fisiología del aparato musculoesquelético Horario: 10-16  
Práctica  
Neurociencias práctica

Carolina Tecuati T.

Carolina Tecuati Tolama  
Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00019



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 16 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): César Alejandro Rodríguez García

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal

Día(s) 16 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Personal

No. Horas 2

Asignatura: Introducción a la  
Rehabilitación

Horario: 11:00 a 13:00

César Alejandro Rodríguez García  
Nombre y Firma Solicitante

Lito Arturo Martínez Cosme  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00018



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

F 064

Toluca, México; a 17 de Agosto de 2016

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Marco Antonio Mondragón Chimal

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ☒

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Ecos Internacionales de  
Gastroenterología

Día(s) 18- del mes de Agosto de 2016

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas \_\_\_\_\_

Asignatura: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

CP MARCO ANTONIO MONDRAGÓN CHIMAL

CED. PROF. 3354256

R.F.C. MOC 1630427123

Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Firma del Director(a)

o Subdirector(a)

000171





Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 17 de Agosto de 2016

Dependencia: FACULTAD DE MEDICINA

Nombre del empleado(a): FIDEL MARTÍN PINAL

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( ☒ )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ☒ ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: curso de actualización

Día(s) 22, 23 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas 10 horas

Asignatura: Histología, Biología del Desarrollo

Horario: 9-12 ( )  
1-2 ( )

Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00016



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 17 de Agosto de 20 16

Dependencia: Fac. de Medicina

Nombre del empleado(a): Graciela Cantuarias Jiménez

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

> Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( ☒ )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( ☒ )

Especificar motivo: Suplementación (visco)  
Suplementación de catedra

Día(s) 16 del mes de agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas 1

Asignatura: pediatria

Horario: 8-9

Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00015



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 11 de agosto de 2016

Dependencia: Fac. Medicina

Nombre del empleado(a): Dra. Graciela Contreras Jiménez

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ☒

Especificar motivo: Consulta ISSEMYU.

Día(s) 11 agosto 2016 del mes de agosto de 2016

Motivo: Consulta.

No. Horas 8-9 (1)

Asignatura: Patología

Horario: \_\_\_\_\_

Graciela Contreras Jiménez  
Nombre y Firma Solicitante

[Firma]  
Nombre y Firma del Director(a)  
o Subdirector(a)

100014



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 9 de Agosto de 2016

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Juan Alberto Berioz Sanchez

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: ISS E M y M

Día(s) 9 del mes de Agosto de 2016

Motivo: Consulta

No. Horas \_\_\_\_\_

Asignatura: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

Terapia Física y Ocupacional

Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00013



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigencia No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 12 de Agosto de 20 16.

Dependencia: Fac. de Medicina

Nombre del empleado(a): Maribel Peña Corona

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ☒ no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Arreglar un asunto personal

Día(s) 16 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas 2 hrs

Asignatura: Practica de Patología Nutricional Horario: 15-17hrs

MSP. Maribel Peña Corona  
Nombre y Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00012

00012

00012



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 15 de Agosto de 20 16.

Dependencia: Facultad de Medicina UAEM.

Nombre del empleado(a): Angelica Montes de Oca Robles.

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

► Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( ☒ )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( ☒ )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ☒ ) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( ☒ )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal.

Día(s) 10 y 11 del mes de Agosto de 20 16.

Motivo: Personal.

No. Horas 4 hrs.

Asignatura: Disecciones

Horario: 18:00 a 20:00 hrs.

Dra. Angelica Montes de Oca  
Nombre y Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director(a)  
o Subdirector(a)

00011



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 12 de Agosto de 20 16.

Dependencia: Facultad Medicina

Nombre del empleado(a): Ana Laura Guadarrama López

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ☒ no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal

Día(s) 12 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Personal

No. Horas 4

Asignatura: Fisiología M-E

Horario: 8-10

Práctica

12-14

Ana Laura Guadarrama López  
Nombre y Firma Solicitante

M. en C. Claudia Ivette Ledesma  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a) Ramírez

00010



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Version Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 15 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina.

Nombre del empleado(a): Ariadna del Carmen Díaz Torres

Número de Empleado: 28511

► Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (x)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (x) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal

Día(s) 24 Agosto. del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Personal

No. Horas 4

Asignatura: Patología Nutricional  
Dietoterapia Alteraciones Sistémicas  
(MALM.)

Horario: 11:00 - 13:00 Merc.  
13:00 - 15:00 W, U

M.A.S.S. ARIADNA DEL C. DÍAZ TORRES  
LICENCIADA EN NUTRICIÓN  
UAEMEX CP: 5050367

Nombre y Firma Solicitante

Mareta Hernandez  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

000091





Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 9 de Agosto de 20 16.

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): María Concepción Zamudio Guadarrama

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ☒

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ☒ no. 1

d) Comisión ☒

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Certificación Dynamic Tape

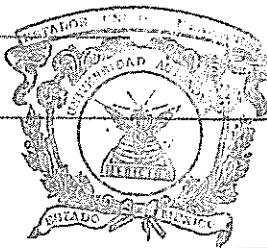
Día(s) 13 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas \_\_\_\_\_

Asignatura: Neurodesarrollo

Horario: 13:00 - 15:00



María Concepción Zamudio Guadarrama  
Nombre y Firma Solicitante

FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Arturo Martínez Cosme  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00008

Sabido.



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 08 de Agosto de 2016

Dependencia: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado(a): J. Manuel Alanís Torrua

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura ( )

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico ( ) no. \_\_\_\_\_

d) Comisión ☒

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Acuerdo como delegado Internacional  
al 28th International Congress of Pediatrics  
en Vancouver CB Canadá del 17 al 23 Agosto

Día(s) 17/18/23 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: Congreso IPA

No. Horas 5h sem.

Asignatura: Pediatría

Horario: 7/8 y 7/9hs

Vo.Bo.

Nombre y Firma Solicitante

DR. MARCO ANTONIO MONDAGÓN CHIMAL

CEL. 3354256

R.F.C. MOCM630421Z3

Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)



FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA DE LA  
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

00007



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Servicios de Salud



ENGRANDE ISSMUM

FOLIO: A .0066583

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

F-1025

1/. UNIDAD MÉDICA <i>Hospital Materno Infantil</i>		2/. SERVICIO <i>G y O</i>		3/. FECHA <i>30 07 2016</i>	
4/. NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO <i>Miranda Mejia Elia Esther</i>		5/. CLAVE ISSEMyM <i>0663043-01</i>		6/. INSTITUCIÓN PÚBLICA <i>Universidad Autónoma del Estado de México</i>	
7/. NOMBRE DEL MÉDICO <i>Dr. Alejandro Martinez Navvuez</i>		8/. CLAVE <i>211</i>		POR PADECIMIENTO ACTUAL 9/. PRIMERA <input checked="" type="checkbox"/> 10/. SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> 11/. RECAÍDA <input type="checkbox"/>	
12/. DIAGNÓSTICO <i>Postoperatoria de laparotomía exploradora por embarazo ectópico</i>		13/. A PARTIR DE <i>30 07 16</i>		14/. HASTA <i>20 08 16</i>	
15/. DÍAS DE INCAPACIDAD (CON LETRA) <i>Veintion días</i>		CLASIFICACIÓN DE INCAPACIDAD 16/. PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 17/. RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 18/. ENFERMEDAD NO PROFESIONAL <input checked="" type="checkbox"/>		POR MATERNIDAD 19/. PRENATAL <input type="checkbox"/> 20/. ENLACE <input type="checkbox"/> 21/. POSNATAL <input type="checkbox"/>	
22/. FIRMA DEL MÉDICO <i>[Signature]</i>		23/. FIRMA DE RECIBIDO DEL INTERESADO <i>[Signature]</i>		24/. SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA <i>[Stamp: Hospital Materno Infantil, SUBDIRECCIÓN MÉDICA]</i>	

CUALQUIER TACHADURA O ENMENDADURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO LEGAL.  
EL DOCUMENTO ORIGINAL AYALA SU EMISIÓN.

00006



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Administración  
Dirección de Recursos Humanos  
Departamento de Control de Personal



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 5 de agosto de 20 16

Dependencia: Facultad Medicina

Nombre del empleado(a): Isassi Mejia Jesus Arturo

Número de Empleado: 734507

➤ Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Personal

Día(s) martes 9 agosto del mes de agosto de 20 16

Motivo: Personal

No. Horas 4

Asignatura: Patología Nutricional

Horario: 15-17

Dietoterapia Alteraciones Sistémicas 12-14

Isassi Mejia Jesus Arturo  
Nombre y Firma Solicitante



CIudad de Medicina  
EN NUTRICIÓN

Marela Hernández  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00005



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Servicios de Salud



ENGRANDE  
ISSEMyM

FOLIO: B 123949

### CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

1/. UNIDAD MÉDICA <i>Hospital Materno Infantil</i>			2/. SERVICIO <i>Obstetricia</i>			3/. FECHA <i>02 08 16</i>		
4/. NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO <i>Colin Ferrero Maria del Carmen</i>			5/. CLAVE ISSEMyM <i>0698291-01</i>			6/. INSTITUCIÓN PÚBLICA <i>Universidad Autónoma del Estado de México</i>		
7/. NOMBRE DEL MÉDICO <i>Dr. René Gilas Franco</i>			8/. CLAVE <i>206</i>			POR PADECIMIENTO ACTUAL 9/. PRIMERA <input type="checkbox"/> 10/. SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> 11/. RECAIDA <input type="checkbox"/>		
12/. DIAGNÓSTICO <i>Embargo y Retención</i>			13/. A PARTIR DE <i>02 08 16</i>			14/. HASTA <i>16 08 16</i>		
15/. DÍAS DE INCAPACIDAD (CON LETRA) <i>15 días</i>			16/. PROBLEMA DE INCAPACIDAD 16/. PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 17/. RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 18/. ENFERMEDAD NO PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			24/. SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA 		
22/. FIRMA DEL MÉDICO <i>[Signature]</i>			23/. FIRMA DE RECIBIDO DEL INTERESADO <i>[Signature]</i>			25/. SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA 		

CUALQUIER TACHADURA O ENMENDADURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO LEGAL.  
EL DOCUMENTO ORIGINAL AVALA SU EMISIÓN.

00004



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

1/. UNIDAD MÉDICA Hospital Materno Infantil / ISSEMUM		2/. SERVICIO Ginecología y Obstetricia		3/. FECHA 14 07 2016	
4/. NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO Alejandro García Martínez		5/. CLAVE ISSEMUM 0842709		6/. INSTITUCIÓN PÚBLICA UAENM Facultad de Medicina	
7/. NOMBRE DEL MÉDICO Dra Claudia M. Maysen Morán		8/. CLAVE 378		POR PADECIMIENTO ACTUAL 9/. PRIMERA <input checked="" type="checkbox"/> 10/. SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> 11/. RECAÍDA <input type="checkbox"/>	
12/. DIAGNÓSTICO Embarazo / Trabajo / Parto		13/. A PARTIR DE 14 07 16		14/. HASTA 11 10 16	
15/. DÍAS DE INCAPACIDAD (CON LETRA) Nueve		16/. CLASIFICACIÓN DE INCAPACIDAD 16/. PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 17/. RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> 18/. ENFERMEDAD NO PROFESIONAL <input checked="" type="checkbox"/>		19/. POR MATERNIDAD 19/. PRENATAL <input checked="" type="checkbox"/> 20/. ENLACE <input type="checkbox"/> 21/. POSNATAL <input checked="" type="checkbox"/>	
22/. FIRMA DEL MÉDICO 		23/. FIRMA DE RECIBIDO DEL INTERESADO 		24/. SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA 	

CUALQUIER TACHADURA O ENMENDADURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO LEGAL.  
EL DOCUMENTO ORIGINAL AVALA SU EMISIÓN.

00003



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Secretaría de Educación Pública  
Instituto de Investigaciones Biomédicas  
Laboratorio de Nutrición y Alimentos



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 12 de Julio de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Sandra Lilia Valladares Hernández

Número de Empleado: 35303

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo:

Personal

Día(s) 4 del mes de Agosto de 20 16

Motivo:

Personal

No. Horas

1

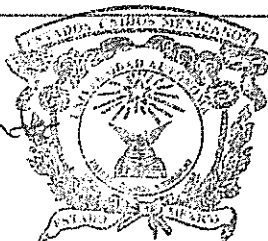
Asignatura:

Agentes biológicos

Horario:

14:15 hrs

Sandra Lilia Valladares Hernández  
Nombre y Firma Solicitante



FACULTAD DE MEDICINA  
LIC. EN NUTRICIÓN

Marcela Hernández  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00002



Solicitud de Permiso: Control Asistencial

Departamento de Asesoría y Planeación  
Secretaría de Educación Pública



Versión Vigente No. 02

Fecha: 30/09/2013

Toluca, México; a 16 de Agosto de 20 16

Dependencia: Facultad de Medicina

Nombre del empleado(a): Verónica Jackeline García Solorio

Número de Empleado: 38434

Identifique el tipo de Personal, marcando con una "X" dentro del paréntesis que corresponda:

Profesor(a) de Asignatura (X)

Profesor(a) de Carrera ( )

Personal Sindicalizado ( )

Señalar con "X" dentro del paréntesis el tipo de permiso requerido:

a) Permiso Económico (X) no. 1

d) Comisión ( )

b) Vacaciones por Antigüedad ( )

e) Eventos Académicos y/o Capacitación ( )

c) Personal / Familiar ( )

f) Otros ( )

Especificar motivo: Familiar

Día(s) 19 del mes de Agosto de 20 16

Motivo: \_\_\_\_\_

No. Horas 3

Asignatura: Taller de Antropometría

Horario: 10:00 - 13:00 hrs

Nutrición.

Verónica Jackeline García Solorio  
Nombre y Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director(a)  
ó Subdirector(a)

00001