



**UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**  
Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Personal  
**Justificación**



Nombre completo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Área de adscripción: \_\_\_\_\_

Número de extensión: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

**PERMISO CON GOCE DE SUELDO (máximo 2 días por mes)** \_\_\_\_\_  
Recuperando el tiempo de lunes a viernes, en máximo 5 días hábiles antes o después del permiso, mínimo 1 hora diaria antes o después de la jornada laboral.  
Especificar días que recupera tiempo del permiso: \_\_\_\_\_

**POR DEFUNCIÓN DE FAMILIAR DIRECTO (4 días hábiles)**  
Madre, padre, hermano, hijo o cónyuge. Adjuntar acta de defunción.  
Especificar días: \_\_\_\_\_

**POR CUIDADOS MATERNOS (3 días hábiles)**  
Adjuntar documento del IMSS.  
Especificar días: \_\_\_\_\_

**POR CONTRAER MATRIMONIO (8 días hábiles)**  
Adjuntar acta de matrimonio.  
Especificar días: \_\_\_\_\_

**POR DÍAS DE PATERNIDAD (5 días hábiles)**  
A partir de la fecha de nacimiento. Adjuntar acta de nacimiento.  
Especificar días: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Jefe Inmediato

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello Jefe de Departamento o  
Coordinador de Área

- Deberá **entregar** el formato de justificación dentro de los **primeros 5 días hábiles**, de lo contrario **NO SERÁ VALIDO**.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA  
Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Personal  
**Justificación**



Nombre completo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Área de adscripción: \_\_\_\_\_

Número de extensión: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

- 1  **PERMISO CON GOCE DE SUELDO (máximo 2 días por mes)** \_\_\_\_\_  
Recuperando el tiempo de lunes a viernes, en máximo 5 días hábiles antes o después del permiso, mínimo 1 hora diaria antes o después de la jornada laboral.  
Especificar días que recupera tiempo del permiso: \_\_\_\_\_
- 2  **POR DEFUNCIÓN DE FAMILIAR DIRECTO (4 días hábiles)**  
Madre, padre, hermano, hijo o cónyuge. Adjuntar acta de defunción.  
Especificar días: \_\_\_\_\_
- 3  **POR CUIDADOS MATERNOS (3 días hábiles)**  
Adjuntar documento del IMSS.  
Especificar días: \_\_\_\_\_
- 4  **POR CONTRAER MATRIMONIO (8 días hábiles)**  
Adjuntar acta de matrimonio.  
Especificar días: \_\_\_\_\_
- 5  **POR DÍAS DE PATERNIDAD (5 días hábiles)**  
A partir de la fecha de nacimiento. Adjuntar acta de nacimiento.  
Especificar días: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Jefe Inmediato

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello Jefe de Departamento o  
Coordinador de Área

- Deberá **entregar** el formato de justificación dentro de los **primeros 5 días hábiles**, de lo contrario **NO SERÁ VALIDO**.



## Guía de llenado

- 1 Las horas que se repongan, deben ser completas, no se permite la reposición de media hora antes, y media hora después de la jornada. Los permisos, no pueden ser consecutivos de un mes a otro.
- 2 Los días otorgados por el fallecimiento de algún familiar, deberán ser tomados de manera inmediata y continua.
- 3 Se puede disponer de los días por cuidados maternos únicamente cuando el IMSS así lo señale en el documento expedido, y las veces que así lo establezca
- 4 De acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo, *"Este beneficio tendrá vigencia de un año, a partir de la fecha de matrimonio"*, y deberán ser tomados de manera continua.
- 5 Se otorgan 5 días por paternidad de manera inmediata al nacimiento, y deberán ser tomados de manera continua.

**GUÍA DE LLENADO**