La Paz, Estado de México a \_\_\_(1)\_\_ de \_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_del 2024.

(3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

P R E S E N T E

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con número de empleada o empleado \_\_\_(5)\_\_\_\_, me dirijo a Usted por este medio para solicitar el Permiso de cuidados a terceros mismo que conlleva ausentarme de mis actividades laborales; de ser autorizado el presente tomare a partir del día \_\_(6)\_\_ de \_\_\_(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_(8)\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_(9)\_\_\_\_\_\_\_ del año en curso.

Lo anterior con lo establecido en la cláusula 72 del Contrato Colectivo de Trabajo TESOEM 2022-2024.

Para fortalecer mi permiso adjunto al presente el documento que comprueba dicho acto expedido por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para ratificar mi petición adjunto a la presente documentación comprobatoria. (Anexo 1) (11)

Sin más por el momento agradeciendo de antemano su apoyo, quedo de usted.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicita | Autoriza | Vo.Bo. | Para conocimiento | Para seguimiento |
| Nombre y firma de el / la solicitante | Firma y sello del jefe (a) inmediato | Firma y sello de la Subdirección Académica | Firma y sello del SUTTESOEM | Sello de Recursos Humanos |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instructivo para llenar el formato**: Solicitud de Permiso para cuidados a terceros | | |
| **Objetivo**: Llevar el control y seguimiento del personal que solicita permiso para cuidados por enfermedad de un familiar en primera línea | | |
| **Distribución y destinatario**: Todo el personal docente y administrativo. | | |
| No. | Concepto | Descripción |
| 1 | a: | Se escribe la fecha en que se solicita el permiso |
| 2 | de | Se escribe el mes que corresponde a la fecha en que se actúa |
| 3 | Nombre | Se coloca el nombre del (la) Director (a) de Planeación y Administración |
| 4 | Quien suscribe | Se coloca el nombre del solicitante |
| 5 | Con número de empleado(a) | Se escribe el número de trabajador asignado |
| 6 | Tomare él. | Se coloca el día que se tomara como goce |
| 7 | De . | Se coloca el mes que corresponda a la fecha |
| 8 | Día: | Se coloca la fecha en que concluye el permiso |
| 9 | De. | Se coloca el mes que corresponde a la fecha |
| 10 | Por. | Se coloca el nombre de la institución médica que expide el documento probatorio |
| 11 | Anexo 1 | Se adjunta el documento probatorio |