

**FORMATO DE ENTREGA - RECEPCIÓN  
DE LICENCIAS MÉDICAS**

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ESCUELA O UNIDAD ADMINISTRATIVA:**

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	
CLAVE DE CENTRO DE TRABAJO	
NOMBRE DEL JEFE(A) INMEDIATO(A) SUPERIOR	
CARGO	
COORD. DE DESARROLLO EDUCATIVO A QUE PERTENECE	

**MEDIO DE COMUNICACIÓN UTILIZADO PARA REPORTAR LA LICENCIA MÉDICA**

CORREO ELECTRÓNICO  VÍA TELEFÓNICA

CORREO ELECTRÓNICO	
TELEFONO	
FECHA EN QUE REPORTÓ LA LICENCIA MÉDICA A CODE	

**DATOS DEL TRABAJADOR(A):**

ORIGEN                      ESTATAL                                            FEDERAL                                            CONVENIO FEDERAL                     

NOMBRE DEL EMPLEADO(A)	
R.F.C.	

FECHA DE INGRESO A LA SEP	DÍA		MES		AÑO	
---------------------------	-----	--	-----	--	-----	--

CLAVE (S) PRESUPUESTAL (ES)	
-----------------------------	--

**TIPO DE LICENCIA MÉDICA**

LICENCIA POR GRAVIDEZ                      SI  NO

LICENCIA POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL                      SI  NO

LICENCIA MÉDICA POR RIESGO DE TRABAJO                      SI  NO

N° DE SERIE DE LA LICENCIA MÉDICA	
-----------------------------------	--

DÍAS OTORGADOS CON LETRA:	DÍAS OTORGADOS CON NÚMERO:	INICIO			TÉRMINO		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENTREGA

COORDINACIÓN DE DESARROLLO EDUCATIVO