

Instrucciones para llenar reporte de ausencia por servicio medico ante el IMSS

REPORTE DE AUSENCIA



Grupo Mendiola

FECHA (DD/MM/AA)
1
NOMBRE
2
PUESTO: 3

1. Anote la fecha en el formato DD/MM/AAAA
Ejemplo: 01/08/2014.
2. Anote su nombre completo, iniciando por sus nombres y después sus apellidos
3. Escriba el puesto en el que se encuentra actualmente trabajando

En los cuadros de motivo de Incapacidad:

4. Para seleccionar la opción "SERV. MÉDICO ANTE IMSS" dar doble clic sobre el recuadro gris

INCAPACIDAD		INICIAL/CONTINUA		DEL DD/MM/AA	AL DD/MM/AA	NUMERO DE INCAPACIDAD	TOTAL DE DÍAS
ENFERMEDAD GENERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RIESGO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MATERNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SERV. MÉDICO ANTE IMSS	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

5. Aparecerá una ventana de opciones de campo de formulario, ponga el cursor en la palabra "Activada" y de un clic e inmediatamente después, un clic en Aceptar.

Opciones de campo de formulario con casilla de verificación

Tamaño de la casilla de verificación

Automático

Exacto: 10 pto

Valor predeterminado

Desactivada

Activada 5

Ejecutar macro

Al entrar:

Al salir:

Especificaciones

Marcador:

Casilla de verificación habilitada

Calcular al salir

Agregar ayuda... Aceptar Cancelar

Nota : la información que llenara a continuación corresponde a la línea de los cuadros de la derecha :

SERV. MÉDICO ANTE IMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--	--	--	--	--	--

En el apartado de “INICIAL/CONTINUA” deberá dar clic sobre la opción de su necesidad o situación; dependiendo del caso será :

6. “INICIAL”: Incapacidad seleccionando el cuadro de inicial cuando se trate de una 1ra incapacidad y anotara en los cuadros de las fechas los días que cubre dicha incapacidad.
7. Se seleccionará, también el recuadro de “CONTINUA” en el caso de la incapacidad se extienda.
8. En la sección “DEL” / “AL” anote contando adecuadamente los periodos de los días de manera correcta. “DEL” implica el primer día en que procedera el motivo de la ausencia , “AL” es el último día que procede.
Nota: Anote el mes con numero
9. En el recuadro “NUMERO DE INCAPACIDAD”, anote la 1ra o 2da incapacidad según sea el caso.
10. En la sección “TOTAL DE DÍAS” Suma los días que se le otorgaron en total (1era incapacidad + 2da incapacidad). deberá anotarlo en el recuadro correspondiente.

INCAPACIDAD		INICIAL/CONTINUA		DEL DD/MM/AA			AL DD/MM/AA			NUMERO DE INCAPACIDAD	TOTAL DE DÍAS
ENFERMEDAD GENERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
RIESGO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
MATERNIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
SERV. MÉDICO ANTE IMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	08	2014	03	08	2014	1er Incapacidad	3

11. Anote en “COMENTARIOS” (si acaso lo requiere):

COMENTARIOS: <input type="text"/>

Una vez llenado el formato imprimalo y posteriormente :

12. En la sección empleado escriba su nombre y firma
13. Acudir con su jefe inmediato para obtener la autorización por medio del nombre y firma

AUTORIZACIONES		
Nombre y Firma <input type="text"/>	Nombre y firma <input type="text"/>	Nombre y firma <input type="text"/>
EMPLEADO (DE CONFORMIDAD)	JEFE INMEDIATO (AUTORIZACIÓN)	RELACIONES LABORALES Vo.Bo.

14. Finalmente escanear el documento y enviarlo al siguiente correo “recursoshumanos@grupomendiola.com”.

Recibira un correo de confirmación.