

GRUPO ASESOR DE OCCIDENTE ST SA DE CV.

FECHA:		
NOMBRE EMPL.		NUM. EMPL:
PUESTO		DEPARTAMENTO:

DESCRIBASE DETALLADAMENTE LA FALTA COMETIDA:

	PRIMERA	<input type="checkbox"/>
	SEGUNDA	<input type="checkbox"/>
	TERCERA	<input type="checkbox"/>
<u>MEDIDA ADOPTADA:</u>	LLAMADA DE ATENCION	<input type="checkbox"/>
	SUSPENSION TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
	SUSPENSION DEFINITIVA	<input type="checkbox"/>

COMENTARIOS:

Ratificación de contenido por las Partes Involucradas.

RECURSOS HUMANOS

JEFE DIRECTO

FIRMA DEL TRABAJADOR

Testigos de Asistencia

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA