



Ingeniería, Control y Administración (INCA) S.A. de C.V.
WTC México Sexto Piso No. 38 Del. Benito Juárez
Faltas de Personal

México, Distrito Federal.
23 / Abril / 2012

**Coordinador de Personal
Presente**


Por medio de la presente, se le comunica a continuación la falta justificada del empleado solicitante:

Nombre:	Elvia Iveth Chávez Maya				
Fecha de Incidencia:	23 de abril del 2012 (Díez días)				
Tipo de Ausentismo:	Entrada		Salida	X	Falta
	Hora:		18:30 hrs.		
Motivo de Permiso	Motivo Personal	Consultas médicas programadas.			
	Motivo de Trabajo				

Cualquier cambio de horario de salida o de día/s en los cuales se ausentará el empleado a trabajar se deberán dar a conocer con la anticipación necesaria para su satisfactorio registro y evitar el descuento reglamentario.

Se extiende la presente a petición del empleado interesado, por lo que solicitamos se sirva brindarle la atención y registro correspondiente.

Atentamente



Empleado Solicitante

Coordinación de Personal



**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO DE GASTOS MÉDICOS
SINIESTROS AUTOS**

Seguros Inbursa S.A., Grupo Financiero Inbursa

Fecha		
Día	Mes	Año
19	09	12

Número de Siniestro o Reporte
401007081295

Folio
37360

Ambulancia ☐ Laboratorio ☐ Gabinete ☐ Farmacia ☐ Enfermería ☐ Rehabilitación ☒
Otro: ☐ (especifique) _____

Sr. Proveedor:

Agradeceremos se otorguen los servicios de su Institución al Asegurado de referencia, con previa identificación de su persona, considerando que los gastos cubiertos por la póliza de seguro serán pagados directamente por Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa. En tal virtud, si durante la estancia del Asegurado en esa Institución resulta que su padecimiento no está cubierto por la póliza de seguro, los gastos que del mismo se deriven no se considerarán como gastos cubiertos y por lo tanto serán a cargo del Asegurado, por lo que la presente autorización quedará sin efecto.

Datos del Prestador del Servicio

Nombre del proveedor: Star Médica
Domicilio: San Luis Potosí: 129 Col. Roma.
Tel: 10844742

Datos del Asegurado

Emisor: <u>25300</u>	Carpeta: <u>20608139</u>	Póliza: <u>20607988</u>
Familia:	CIS:	No. de Prestación:
Nombre del Contratante:		
Nombre del Titular:		
Nombre del Afectado: <u>Elvia Iveth Chavez Mayan</u>		

Fecha de Emisión de la Póliza		
Día	Mes	Año
Fecha de Ocurrencia del Siniestro		
Día	Mes	Año
Pagado Hasta		
Día	Mes	Año
Fecha de Aviso a la Compañía		
Día	Mes	Año

Información Detallada del Servicio

Requiere 10 sesiones de terapia física para región cervical y lumbar.

Gerencia Coordinación RED

Nombre y Firma de la Persona que Autoriza

Asegurado / Afectado

Nombre y Firma de Conformidad por el Servicio Recibido

Fecha (día/mes/año):

El Afectado se Identificó con:

ASEGURADO