



SOLICITUD PARA GESTIONAR TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

- NUEVA
- DUPLICADO POR DAÑO
- DUPLICADO POR PÉRDIDA/HURTO

Favor de completar la sección o secciones que apliquen

A. EMPLEADOS RCM

Nombre del empleado _____ Fecha de comienzo _____

Posición _____ Oficina/Programa _____

- Docente No Docente

Decanato o Escuela

- Decanato de Administración Rectoría Escuela de Medicina
 Decanato de Asuntos Académicos Escuela de Enfermería Escuela de Medicina Dental
 Decanato de Estudiantes Escuela de Farmacia Escuela de Profesiones de la Salud
 Decanato de Investigación Escuela Graduada de Salud Pública

B. CLINICAS

Nombre del empleado _____ Fecha de comienzo _____

- PPMI Otros _____

C. ESTUDIANTES DEL RCM Y RESIDENTES

Nombre del solicitante _____ Fecha de ingreso _____

- Nuevo Ingreso Núm. Est. _____ Residente Núm. Est. _____

D. EXTERNOS (EMPLEADOS O ESTUDIANTES)

Nombre del solicitante _____

Fecha de ingreso _____ Fecha de terminación _____

- Estudiante de certificación Asesor Programático Docente (contratos)
 Estudiante de investigación Entrevistador Otros _____
 Estudiante visitante Evaluador
 Estudiante voluntario Reclutador

Autorización

Nombre y firma Director(a) unidad de origen

Método de pago

- Pago efectuado en la Oficina de Recaudaciones
(Requiere evidencia de recibo)

- Factura entre Cuentas (Requiere nombre y firma del
Administrador)

Nombre y firma Administrador(a) unidad de origen