



## 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