



**SOLICITUD DE PERMISO**

Nro. De Permiso: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula Nro. \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Adscrito a: \_\_\_\_\_

Laborando en: \_\_\_\_\_

**CONDICION DE LA AUTORIZACION Y FIRMA DEL OTORGANTE. -**

REMUNERADO: Si ( ) No ( )

a. La enfermedad ocupacional ( )

b. La enfermedad o accidente común no ocupacional ( )

c. Licencia o permiso por maternidad o paternidad ( )

d. El permiso para el cuidado de un familiar hasta el primer grado de consanguinidad ( )

f. para realizar estudios o para otras finalidades de su interés ( )

g. Otros ( )

Por Hora ( )	Desde		Hasta		Jefe Inmediato	
--------------	-------	--	-------	--	----------------	--

Hasta 1 día ( )	Desde		Hasta		Jefe Inmediato	
-----------------	-------	--	-------	--	----------------	--

Desde 2 hasta 3 días ( )	Desde		Hasta		Previo Acuerdo del Jefe Inmediato; Gestion Humana	
--------------------------	-------	--	-------	--	--	--

Mas de 4 días ( )	Desde		Hasta		Presidencia	
-------------------	-------	--	-------	--	-------------	--

**Toda solicitud mayor a cuatro (04) días, deberá ser previamente revisada por el Jefe Inmediato y la Oficina de Gestión Humana**

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Recaudos Obligatorios: exposicion de motivo de la solicitud o Copias de Constancias medicas del familiar**

Nombres y Apellidos, Cédula, Firma y Huella del solicitante

Original respaldo de Jefe Inmediato



**SOLICITUD DE PERMISO**

Nro. De Permiso: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula Nro. \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Adscrito a: \_\_\_\_\_

Laborando en: \_\_\_\_\_

**CONDICION DE LA AUTORIZACION Y FIRMA DEL OTORGANTE. -**

REMUNERADO: Si ( ) No ( )

a. La enfermedad ocupacional ( )

b. La enfermedad o accidente común no ocupacional ( )

c. Licencia o permiso por maternidad o paternidad ( )

d. El permiso para el cuidado de un familiar hasta el primer grado de consanguinidad ( )

f. para realizar estudios o para otras finalidades de su interés ( )

g. Otros ( )

Por Hora ( )	Desde		Hasta		Jefe Inmediato	
--------------	-------	--	-------	--	----------------	--

Hasta 1 día ( )	Desde		Hasta		Jefe Inmediato	
-----------------	-------	--	-------	--	----------------	--

Desde 2 hasta 3 días ( )	Desde		Hasta		Previo Acuerdo del Jefe Inmediato; Gestion Humana	
--------------------------	-------	--	-------	--	--	--

Mas de 4 días ( )	Desde		Hasta		Presidencia	
-------------------	-------	--	-------	--	-------------	--

**Toda solicitud mayor a cuatro (04) días, deberá ser previamente revisada por el Jefe Inmediato y la Oficina de Gestión Humana**

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Recaudos Obligatorios: exposicion de motivo de la solicitud o Copias de Constancias medicas del familiar**

Nombres y Apellidos, Cédula, Firma y Huella del solicitante

Original para enviar a Gestión Humana