

FORMULARIO DE OMISIÓN DE MARCA, DE PERMISOS E INCAPACIDADES

Fecha: Día / Mes / Año **Nº consecutivo** - -

Dirección, Área, Departamento o Unidad:

Cédula:

Nombre: 1^{er} apellido 2^{do} apellido 1^{er} y 2^{do} nombre

Modalidad Laboral:

☐ Presencial ☐ Teletrabajo **Nº de Contrato:**

Horario vigente de la colaboradora o del colaborador:

Comunico la justificación u omisión de marca:

Entrada Hora: Minutos: Segundos: AM/PM Día / Mes / Año

Salida Hora: Minutos: Segundos: AM/PM Día / Mes / Año

El motivo fue el siguiente:

<input type="checkbox"/> Cita Salud	<input type="checkbox"/> Servicio Civil	<input type="checkbox"/> Capacitación
<input type="checkbox"/> Teletrabajo	<input type="checkbox"/> Caja de Ande	<input type="checkbox"/> Estudio
<input type="checkbox"/> Gestión fuera de oficina	<input type="checkbox"/> Reunión	<input type="checkbox"/> Gira
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Enfermedad pariente 1 ^{er} grado	<input type="checkbox"/> Otros (especifique)

Especifique y/u observaciones:

Firma de la colaboradora
o del colaborador

Aprobado por:

MSc. EUGENIA CALVO CASTILLO

Nombre del superior inmediato

Firma

Sello

DIRECTORA

Puesto del superior inmediato

Original: Dirección, Área, Departamento o Unidad que consolida

cc: Dirección, Área, Departamento o Unidad que tramita / Colaboradora o colaborador

Version 7.0

Versión rige a partir del 4 de enero de 2021