Favor diligenciar este formato con un día de anterioridad a su ausencia para ser firmado por el Líder de Área y el área de Gestión Humana. Recuerde que este formato debe tener las dos (2) firmas, de lo contrario NO está autorizado para ausentarse.

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** | \*\*\* |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** | \*\*\* |
| **CARGO:** | \*\*\* |
| **ÁREA:** | \*\*\* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DEL AUSENTISMO**  HORA DE SALIDA: | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | | | |
| \*\*:\*\* | **AM** |  | **PM** |  |
|  |  | | | | |
| **FECHA DE REINTEGRO**  HORA DE INGRESO | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | | | |
| \*\*:\*\* | **AM** |  | **PM** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTIVO POR EL CUAL DEBE AUSENTARSE LA COMPAÑÍA:** | \*\*\* | | | |
| **AUSENTISMO TIPO:** | Reposición Jornada Adicional |  | No Remunerado |  |

**ESPACIO EXCLUSIVO TALENTO HUMANO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |
| **FIRMA LÍDER INMEDIATO** | |  | **FIRMA TRABAJADOR** | |
| Nombre: |  |  | Nombre: |  |
| C.C. |  |  | C.C. |  |

**Motivo Ausentismo:**

Accidente trabajo Motivo Personal FIRMA

Calamidad Enfermedad Profesional

Cita Médica Compensación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lic. Remunerada Lic. No Remunerada  **LORENA ACOSTA**

Lic. Maternidad Permiso por votaciones Líder de Talento Humano

o Paternidad Enfermedad Común

**D*x*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Autorización: 24-sept.-20