

IMPORTANTE:

Los días a justificar corresponden a los artículos 10° A Ó 10° J (aclarar edad de hijo/a menor de 12 años y/o adulto mayor de 65 años a cargo), con un máximo de reposo recomendado de 72 hs. hábiles. dado que los artículos que excedan ese tiempo o el artículo 10° C **UNICAMENTE se podrán justificar concurriendo al Departamento del Servicio Ocupacional**, sito en la calle Ramón Carrillo 489, CABA, de Lunes a Viernes en el horario de 8 a 16 hs.

PASO 1° (DIRIGIDO HACIA RRHH):

Enviar un formulario denominado **Licencia Médica**, generado desde el módulo **GDE**, con el acrónimo **"FOFLM"**. Se detalla a continuación el destinatario y firmantes del mismo:

- Cargar **USUARIOS FIRMANTES**:
 - 1º Firmante RRHHINAES
 - 2º Firmante Su Usuario de GDE (Usted mismo).
- **DESTINATARIOS**: Su Usuario de GDE (Usted mismo).
- **PRODUCIR YO MISMO** Puede tildar **"Quiero recibir un aviso cuando el documento se firme"**

La forma en la que debe completarse dicho formulario, una vez ingresado

- **Referencia**: Nombre/s Apellido/s – DNI – Fecha/s – Artículo
- **Indicar quien va a completar**: Solicitud de Agente
- **Nº Expediente**: Nº de Documento
- **Nombre**:
- **Apellido**:
- **Legajo Nº**: Nº de Documento
- **Dependencia**: Fecha desde y fecha hasta /// Cantidad de días.
- **Tipo de Licencia**: Se tilda Enfermedad en caso de 10ºA y Familiar enfermo en caso de 10ºJ.
- **Dirección** (de corresponder): **No completar**.

Producir documento

Referencia: Johanna C. Rodríguez - 31.533.331 - 07/02/2019 al 08/02/2019 - 10ªA

Previsualizar Documento

Producción Archivos de Trabajo Archivos Embebidos Datos Propios

Tipo de Solicitud

Indicar quien va a completar: **Solicitud de Agente** ⚠ Vacío o nulo no es permitido ✕

Nº Expediente: **Nº de Documento**

Datos del Agente

Nombre: **Nombre/s**

Apellido: **Apellido/s**

Legajo Nº: **Nº de Documento**

Dependencia: **Fecha desde y Fecha hasta y Cantidad de días**

Tipo de Licencia

Enfermedad: ☐ **En el caso utilizar el artículo 10ªA se tilda la opción Enfermedad. Si es por 10ª se tilda Familiar Enfermo.**

Familiar Enfermo: ☐

X Cancelar

Producir documento

Referencia: Johanna C. Rodríguez - 31.533.331 - 07/02/2019 al 08/02/2019 - 10ªA

Previsualizar Documento

Producción Archivos de Trabajo Archivos Embebidos Datos Propios

Familiar Enfermo: ☐

Accidente: ☐ **NINGUNO de estos ítems (léase Accidente, Paternidad, Primera Consulta, Prórroga, Consultorio o Domicilio) del margen izquierdo deben ser tildados. ÚNICAMENTE se tilda Enfermedad o Familiar Enfermo.**

Paternidad: ☐

Primera Consulta: ☐

Prórroga: ☐

Consultorio: ☐

Domicilio: ☐

Dirección (De corresponder)

No es necesario completar estos campos

Domicilio: Provincia: Departamento: Localidad:

X Cancelar

Al completar los campos indicados se selecciona "Enviar a Firmar". Una vez que RRHH lo haya firmado volverá a su buzón de tareas pendientes; el mismo debe ser firmado por Usted para poder ser descargado.

PASO 2º (DIRIGIDO HACIA SALUD PÚBLICA):

Enviar un mail al Servicio Ocupacional de Salud Pública.
El mismo debe ser direccionado a licenciadso@gmail.com,

Asunto del mail

INAES – NOMBRE Y APELLIDO - ARTÍCULO (10A o 10J)

Adjuntar en PDF

- El/los documento/s generado/s y firmado/s por nosotros y por usted.
 - El certificado médico correspondiente al/los día/s a justificar.
- El formato de los archivos adjuntos debe ser PDF.



TEXTO DEL MAIL PARA JUSTIFICAR 1 SOLA INASISTENCIA:

ASUNTO: INAES – NOMBRE Y APELLIDO - ARTÍCULO

Estimada:

Mi nombre es XXXXXX (Nombre/s Apellido/s), DNI N° XXXX (Número de Documento), me dirijo desde el organismo descentralizado INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social). Preciso justificar del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXX, por el artículo 10ºA o 10ºJ (En caso de 10ºJ aclarar nombre y apellido del pariente y su parentesco).

Aguardo el certificado correspondiente y me encuentro a su disposición ante cualquier consulta.

Saludos,

(Nombre y Apellido)



TEXTO DEL MAIL PARA JUSTIFICAR MAS DE UNA INASISTENCIA:

ASUNTO: INAES – NOMBRE Y APELLIDO - ARTÍCULO

Estimada:

Mi nombre es XXXXXX (Nombre/s Apellido/s), DNI N° XXXX (Número de Documento), me dirijo desde el organismo descentralizado INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social). Preciso justificar:

- 1º) Del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXX, por el artículo 10ºA o 10ºJ
(En caso de 10ºJ aclarar nombre y apellido del pariente y su parentesco).*
- 2º) Del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXX, por el artículo 10ºA o 10ºJ
(En caso de 10ºJ aclarar nombre y apellido del pariente y su parentesco).*
- 3º) Del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXX, por el artículo 10ºA o 10ºJ
(En caso de 10ºJ aclarar nombre y apellido del pariente y su parentesco).*

Aguardo el certificado correspondiente y me encuentro a su disposición ante cualquier consulta.

Saludos,

(Nombre y Apellido)



PASO 3º (DESDE SALUD PÚBLICA):

María Pinto enviará un mail adjuntando el papel que justifica el/los días informados.



PASO 4º (DIRIGIDO HACIA RRHH):

Enviar por mail a recursoshumanos@inaes.gob.ar el/los certificado/s recibido/s debidamente justificados por el Departamento de Salud Ocupacional.

Se estima un aproximado de **72 hs.** hábiles para recibir respuesta del Departamento de Salud Ocupacional superado este tiempo sin notificación alguna, solicitamos tener a bien de **contactarse con Recursos Humanos.**