



FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO

CODIGO
UCIA-TH-FT-003FECHA EMISION
14.02.20FECHA ACTUALIZACION
29.04.22

VERSION: 003

DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO	AUX ENFERMERIA 1		
CARGO	AUXILIAR ENFERMERIA	AREA	5
JEFE INMEDIATO	ZAIDA DIAZ		

DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	12	08	2025		21	12	2024
HORA PERMISO	08:00:00			DURACION PERMISO	4.00 horas		
TIPO DE PERMISO							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input checked="" type="checkbox"/>			CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA NO REMUNERADA	<input type="checkbox"/>			ASUNTO PERSONAL	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA REMUNERADA	<input type="checkbox"/>			ASUNTOS LABORALES	<input type="checkbox"/>		
SOPORTES PRESENTADOS	No						

OBSERVACIONES TRABAJADOR

Permiso de prueba - Calamidad Doméstica - 2025-08-12T18:12:23.124Z

OBSERVACIONES JEFE INMEDIATO

Firma del Trabajador solicitante

Firma del jefe inmediato que autoriza

Nota: con el presente formato debe ir adjunto los soportes que garantizan el cubrimiento de actividades asistenciales y administrativas como cronogramas de actividades pendientes por el trabajador.