



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 ASISTENCIAL
JEFE INMEDIATO ZAIDA DIAZ

DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	31	07	2025		04	08	2025
HORA PERMISO	15:00:00			DURACION PERMISO	1.00 hora		
TIPO DE PERMISO							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input type="checkbox"/>			CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA NO REMUNERADA	<input checked="" type="checkbox"/>			ASUNTO PERSONAL	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA REMUNERADA	<input type="checkbox"/>			ASUNTOS LABORALES	<input type="checkbox"/>		
SOportes PRESENTADOS	No						

OBSERVACIONES TRABAJADOR

prueba 2

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.