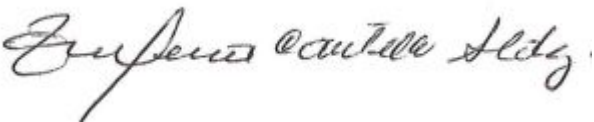

 CUIDADO CRITICO S.A.S.	FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO		CODIGO UCIA-TH-FT-003				
			FECHA EMISION 14.02.20				
			FECHA ACTUALIZACION 29.04.22				
			VERSION: 003				
DATOS DEL EMPLEADO							
NOMBRE COMPLETO		CONT AUX 1					
CARGO		AUXILIAR CONTABLE		AREA CONTABILIDAD			
JEFE INMEDIATO		CONTADOR NOMBRE PRIMER NOMBRE					
DATOS DE LA SOLICITUD							
FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	16	07	2025		19	07	2025
HORA PERMISO	15:00:00			DURACION PERMISO	3.00 horas		
TIPO DE PERMISO							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input 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"/> X		
SOportes PRESENTADOS	No						
OBSERVACIONES TRABAJADOR							
as							
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.							