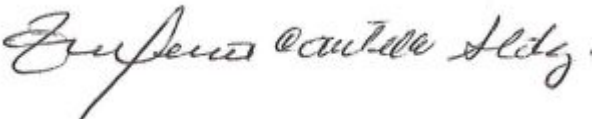

 <b>CUIDADO CRITICO S.A.S.</b>	<b>FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO</b>			<b>CODIGO</b> UCIA-TH-FT-003			
				<b>FECHA EMISION</b> 14.02.20			
				<b>FECHA ACTUALIZACION</b> 29.04.22			
				<b>VERSION: 003</b>			
<b>DATOS DEL EMPLEADO</b>							
NOMBRE COMPLETO	CONT AUX 1						
CARGO	AUXILIAR CONTABLE		AREA		ÁREA DE DESARROLLO		
JEFE INMEDIATO	CONTADOR NOMBRE						
<b>DATOS DE LA SOLICITUD</b>							
FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
HORA PERMISO	15:00:00			DURACION PERMISO	2.00 horas		
<b>TIPO DE PERMISO</b>							
CALAMIDAD DOMESTICA				CONSULTA MEDICA	X		
LICENCIA NO REMUNERADA				ASUNTO PERSONAL			
LICENCIA REMUNERADA				ASUNTOS LABORALES			
SOPORTES PRESENTADOS	No						
<b>OBSERVACIONES TRABAJADOR</b>							
<b>OBSERVACIONES JEFE INMEDIATO</b>							
							
Firma del Trabajador solicitante				Firma del jefe inmediato que autoriza			
<b>Nota:</b> 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.							