



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
	04	08	2025		07	08	2025
HORA PERMISO	14:00:00			DURACION PERMISO	3.00 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

prueba

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.