



## 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 2		
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		02	08	2025
HORA PERMISO	14:00:00			DURACION PERMISO	2.00 horas		
<b>TIPO DE PERMISO</b>							
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"/>		
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.