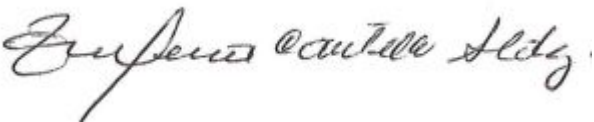

 <b>CUIDADO CRITICO S.A.S.</b>	<b>FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO</b>		<b>CODIGO</b> UCIA-TH-FT-003				
			<b>FECHA EMISION</b> 14.02.20				
			<b>FECHA ACTUALIZACION</b> 29.04.22				
			<b>VERSION: 003</b>				
<b>DATOS DEL EMPLEADO</b>							
NOMBRE COMPLETO		CONT AUX 1					
CARGO		AUXILIAR CONTABLE		AREA	CONTABILIDAD		
JEFE INMEDIATO		CONTADOR NOMBRE PRIMER NOMBRE					
<b>DATOS DE LA SOLICITUD</b>							
FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	09	07	2025		10	07	2025
HORA PERMISO	14:00:00			DURACION PERMISO	2.00 horas		
<b>TIPO DE PERMISO</b>							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input type="checkbox"/>			CONSULTA MEDICA	<input checked="" 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						
<b>OBSERVACIONES TRABAJADOR</b>							
<p>permiso de prueba</p>							
<b>OBSERVACIONES JEFE INMEDIATO</b>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">   Firma del Trabajador solicitante </div> <div style="text-align: center;">   Firma del jefe inmediato que autoriza </div> </div>							
<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.							