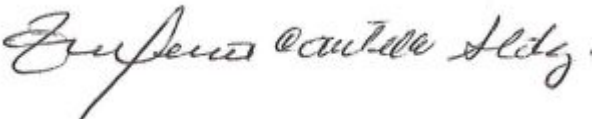

 CUIDADO CRITICO S.A.S.	FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO	CODIGO UCIA-TH-FT-003		
		FECHA EMISION 14.02.20		
		FECHA ACTUALIZACION 29.04.22		
		VERSION: 003		
DATOS DEL EMPLEADO				
NOMBRE COMPLETO	CONT AUX 1			
CARGO	AUXILIAR CONTABLE	AREA	ÁREA DE DESARROLLO	
JEFE INMEDIATO	CONTADOR NOMBRE			
DATOS DE LA SOLICITUD				
FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO
				DD
				MM
				AAAA
HORA PERMISO	03:00:00			DURACION PERMISO
				1.00 hora
TIPO DE PERMISO				
CALAMIDAD DOMESTICA	X			CONSULTA MEDICA
LICENCIA NO REMUNERADA				ASUNTO PERSONAL
LICENCIA REMUNERADA				ASUNTOS LABORALES
SOPORTES PRESENTADOS	No			
OBSERVACIONES TRABAJADOR				
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.				