



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	auxiliar 2		
CARGO	AUXILIAR ENFERMERIA	AREA	ASISTENCIAL
JEFE INMEDIATO	ZAIDA		

DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	21	08	2025		25	08	2025
HORA PERMISO	15:00:00			DURACION PERMISO	4.00 horas		
TIPO DE PERMISO							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input type="checkbox"/>			CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA NO REMUNERADA	<input checked="" type="checkbox"/>			ASUNTO PERSONAL	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA REMUNERADA	<input type="checkbox"/>			ASUNTOS LABORALES	<input type="checkbox"/>		
SOPORTES PRESENTADOS	No						

OBSERVACIONES TRABAJADOR

prueba 2

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.