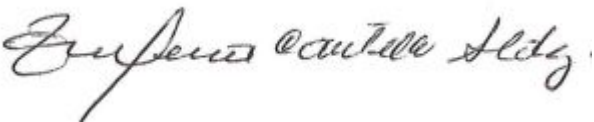

 CUIDADO CRITICO S.A.S.	FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE PERMISO		CODIGO UCIA-TH-FT-003				
			FECHA EMISION 14.02.20				
			FECHA ACTUALIZACION 29.04.22				
			VERSION: 003				
DATOS DEL EMPLEADO							
NOMBRE COMPLETO	CONT AUX 1						
CARGO	AUXILIAR CONTABLE		AREA	CONTABILIDAD			
JEFE INMEDIATO	CONTADOR NOMBRE PRIMER NOMBRE						
DATOS DE LA SOLICITUD							
FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	21	07	2025		24	07	2025
HORA PERMISO	14:00:00			DURACION PERMISO	2.00 horas		
TIPO DE PERMISO							
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						
OBSERVACIONES TRABAJADOR							
cita							
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.							