



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	CONT AUX 1		
CARGO	AUXILIAR CONTABLE	AREA	CONTABILIDAD
JEFE INMEDIATO	CONTADOR NOMBRE		

DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA SOLICITUD	DD	MM	AAAA	FECHA PERMISO	DD	MM	AAAA
	05	07	2025		05	07	2025
HORA PERMISO	15:00:00			DURACION PERMISO	2.00 horas		
TIPO DE PERMISO							
CALAMIDAD DOMESTICA	<input type="checkbox"/>			CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA NO REMUNERADA	<input type="checkbox"/>			ASUNTO PERSONAL	<input type="checkbox"/>		
LICENCIA REMUNERADA	<input checked="" type="checkbox"/>			ASUNTOS LABORALES	<input type="checkbox"/>		
SOportes PRESENTADOS	No						

OBSERVACIONES TRABAJADOR

prueba con adjunto

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.