

INCIDENCIAS DEL EMPLEADO

FECHA

No. Empleado:                      Nombre Empleado:  
Departamento:

PERMISO

Permiso por \_\_\_\_\_ días                      Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Como pagaras el tiempo:

Con Goce de Sueldo ☐                      Sin Goce de Sueldo ☐

Causa del permiso:

VACACIONES

Vacaciones por \_\_\_\_\_ días                      Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Periodo vacacional No. \_\_\_\_\_

Días pendientes por disfrutar \_\_\_\_\_

TIEMPO EXTRA

No. De Horas Trabajadas \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCION DISCIPLINARIA

Medida Adoptada

LLAMADA DE ATENCION ☐

SUSPENSION ☐ Por \_\_\_\_\_ días.

FECHA SUSPENSION \_\_\_\_\_

CAUSA DE SUSPENSION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GERENTE DE AREA	CAPITAL HUMANO	CONTRALORIA	DIRECCION	EMPLEADO