**SOLICITUD DE VACACIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | |
| 2.-**NOMBRE (s) Y APELLIDO (s)** | 3.- **CEDULA DE IDENTIDAD Nº** | |
|  |  | |
| 4.-**DENOMINACIÓN DEL CARGO** | | 5.-**CÓDIGO DEL CARGO** |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL**  **A** | | | | | | | | |
| 6.-**COORDINACIÓN** | | | | 7.-**DIRECCIÓN DE LÍNEA** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 8.-**OFICINA / DIRECCIÓN GENERAL O DESPACHO DEL MINISTRO O VICEMINISTROS** | | | | | | | | 9.-**EXTENSIÓN TELEFÓNICA** |
| **HOSPITAL DR. MIGUEL ORAÁ** | | | | | | | |  |
| 10.-**ESTATUS DEL TRABAJADOR** | | | 11.-**TIPO DE VACACIONES** | | | | 12.- **FECHA DE INGRESO A LA A.P.N** | |
| Fijo Contratado | | | Reglamentarias Atrasadas Adelantadas | | | |  | |
| 13.-**FECHA DE INGRESO AL MPPS** | | 15.-**DÍAS HÁBILES** | 16.-**FECHA DE INICIO** | | 17.-**FECHA CULMINACIÓN** | | 18.-**FECHA REINTEGRO** | |
|  | |  |  | |  | |  | |
| 19.-**OBSERVACIÓN:** | | | | | | | | |
| **CONFORMACIÓNA** | | | | | | | | |
| 20.-  **FIRMA DEL SOLICITANTE** | 21.-  NOMBRE, APELLIDO, CARGO Y FIRMA DEL **SUPERVISOR INMEDIATO**  SELLO DE LA UNIDAD H.U.M.O | | | | 22.-  NOMBRE, APELLIDO, CARGO Y FIRMA DEL  **DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS**  H.U.M.O | 23-  NOMBRE, APELLIDO, CARGO Y FIRMA DEL  **SUB DIRECTOR GENERAL**  H.U.M.O | | |
| **NOMBRE, APELLIDO, CARGO Y FIRMA DEL**  **DIRECTOR GENERAL H.U.M.O** | | | | | | | | |