

<b>OFICINA DE RECURSO HUMANOS</b>							
<b>BIENESTAR SOCIAL</b>							
<b>SOLICITUD DE VACACIONES</b>							
Código	Fecha			Tipo de cargo		Personal	
	Día	Mes	Año	fijo	contratado	Obrero	empleado
<b>DATOS DEL SOLICITANTES</b>							
Nombre y apellidos	C.I.N		Cargo		Adscrito a:		Unidad
Ubicación	Fecha de ingreso al INSAI		Tiempo de servicio en otros organismos públicos			Total de tiempo en la administración publica	
Periodo vacacional	Días hábiles a disfrutar		Cantidad de días			Fecha de incorporación	
Firma del trabajador	Aprobado por el coordinador de la unidad		Aprobado por el director de la unidad			Recibidos por ORH	
<b>VERIFICACION DE DATOS</b>							
BONIFICACION (    ) DIAS				FECHA DE:			
				Verificación		Aprobación	
Analista de ORH				Director de ORH			

<b>SOLICITUD DE CARTA AVAL</b>		
Sistema autogestionado de salud INSAI		
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		
Nombres y apellido	cedula	Sociobioregion
Estado:	Teléfono:	Teléfono de la persona contacto de la clínica o médico tratante
<b>DATOS DEL BENEFICIARIOS</b>		
Nombre y apellido	Cedula	Parentesco
La carta avales deben ser solicitadas con 15 días de anticipación antes de la planificación quirúrgica		
Documentos a consignar:	Origen de:	Fotocopias de:
	( ) informe amplio y detallado del médico tratante	( ) exámenes que diagnostique la enfermedad
	( ) presupuesto vigente	( ) Cedula del beneficiario y trabajador
<b>Diagnostico:</b>	<b>Observaciones:</b>	( ) copia de partida de nacimiento de los hijos
Elaborado trabajador (a)		Recibido por los encargados del SAS:

Nombre y apellido, fecha y firma

Nombre y apellido, fecha y firma

Procesado por: Socibioregion, S.A.S, Central S.A.S

<b>OFICINA DE RECURSOS HUMANOS</b>				
<b>BIENESTAR SOCIAL</b>				
<b>LICENCIA DE PATERNIDAD</b>				
Código:		Fecha:		Código de nómina:
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>				
Nombre y apellido	C.I.N	Cargo	Adscrito (A)	Unidad
Ubicación	Fecha de ingreso al INSAI	Tiempo de servicios en otros organismos públicos		Total de tiempo en la administración publica
Días a disfrutar:		Fecha de incorporación		Periodo de licencia (14 días continuos)
Desde:	Hasta:	Cantidad:		
Observaciones:				
Firma del trabajador	Aprobado por coordinación de la unidad		Aprobado por el director de la unidad	Recibido por ORH
<b>VERIFICACION DE DATOS</b>				
ANALISTA DE ORH:			DIRECTOR DE ORH:	
Fecha de			Bonificación	
Días ( )	Verificación	Aprobación		