

	OFICINA DE RECURSOS HUMANOS				1.Código:		
	/home/desarrollo/Escritorio/cintillo.jpg				2.Fecha:		
					Día	Mes	Año
					3. Código Nómina		
DATOS DEL SOLICITANTE							
4. Nombres y Apellidos		5. C.I. N.º		6.Cargo		7. Adscrito a:	
9. Ubicación		10. Fecha de Ingreso al INSAI		11. Tiempo de Servicio en otros Organismos Públicos		12. Total de Tiempo en la Administración Pública	
Motivo del Anticipo							
13. Construcción de Vivienda		14. Liberación de Hipoteca		15. Pago de Pensión Escolar		16. Gastos Médicos	
Adquisición de Vivienda		Mejora o reparación de Vivienda		Sobre la vivienda		Otro Gravamen	
18. Anexos consignados							
19. Firma del Trabajador				20. Recibidos por ORH			
VERIFICACIÓN DE DATOS							
21. Analista de ORH		22. Monto Aprobado		23. Fecha de		24. Director(a) de ORH	
				Verificación			
				Aprobación			

 <b>Solicitud de Permiso</b>		Fecha								
		D	M	A						
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>										
1.- Nombres y Apellidos:			2.- Cédula de Identidad:			3.- Fecha de Ingreso:				
4.- Denominación del Cargo			5.- Unidad de Adscripción			6.- Dirección / Oficina				
7.- N° de Días	Hábiles	Continuos	8.- Fechas							
			Inicio	D	M	A	Regreso	D	M	A
9.- Causa Específica										
<b>APROBACIÓN</b>										
Trabajador(a)			Coordinador(a) de Unidad			Director(a)				
FIRMA Y FECHA			SELLO - FIRMA Y FECHA			SELLO - FIRMA Y FECHA				

 <b>INSAI</b> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD AGRÍCOLA INTEGRAL	OFICINA DE RECURSOS HUMANOS				1.Código:	
	BIENESTAR SOCIAL				2.Fecha:	
					Día	Mes
	SOLICITUD DE VACACIONES				3. TIPO DE CARGO:	
					FIJO	
					CONTRATADO	
					PERSONAL	
					OBRERO	
				EMPLEADO		
DATOS DEL SOLICITANTE						
4. Nombres y Apellidos	5. C.I. N.º	6. Cargo	7. Adscrito a:		8. Unidad	
9. Ubicación		10. Fecha de Ingreso al INSAI		11. Tiempo de Servicio en otros Organismos Públicos		12. Total de Tiempo en la Administración Pública
13. Período Vacacional		14. Días Hábiles a Disfrutar	Desde:	15. Cant. Días	16. Fecha de Incorporación	
			Hasta:			
17. Firma del Trabajador	18. Aprobado por Coordinador(a) de la Unidad		19. Aprobado por Director(a) de la Unidad		20. Recibidos por ORH	
VERIFICACIÓN DE DATOS						
21. Analista de ORH	22. Bonificación	23. Fecha de		24. Director(a) de ORH		
	( ) Días	Verificación	Aprobación			

VACACIONES

■

**SOLICITUD DE CARTA AVAL****Sistema Autogestionado de Salud INSAI****DATOS DEL TRABAJADOR**

1.- <b>Nombres y Apellidos:</b>	2.- <b>Cédula de Identidad:</b>	3.- <b>Sociobioregión:</b>
4.- <b>Estado:</b>	5.- <b>Teléfono:</b>	6.- <b>Teléfono del personal contacto de la clínica o médico tratante:</b>

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

7.- <b>Nombres y Apellidos:</b>	8.- <b>Cédula de Identidad:</b>	9.- <b>Parentesco:</b>
---------------------------------	---------------------------------	------------------------

Las cartas avales deben ser solicitadas con 15 días de anticipación antes de la planificación quirúrgica

10. Documentos a consignar:

Original de:

( ) Informe amplio y detallado del médico tratante

( ) Presupuesto vigente

Fotocopias de:

( ) Exámenes que diagnostique la enfermedad

( ) Cédula de Identidad del Beneficiario y Trabajador

( ) Copia de la partida de nacimiento de los hijos

11.- **DIAGNOSTICO:**

12.- **OBSERVACIONES:**

Elaborado (Trabajador)	Recibido por Coordinador encargado del SAS:	Procesado Por:	
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:	Sociobioregión	Central S.A.S
Fecha:	Fecha:	S.A.S	
Firma	Firma		



	OFICINA DE RECURSOS HUMANOS				1.Código:	
	BIENESTAR SOCIAL				2.Fecha:	
					Día	Mes
LICENCIA DE PATERNIDAD				3. Código Nómina		
DATOS DEL SOLICITANTE						
4.- Nombres y Apellidos	5.- C.I. N.º	6.- Cargo	7.- Adscrito a:	8.- Unidad		
9.- Ubicación	10.- Fecha de Ingreso al INSAI		11.- Tiempo de Servicio en otros Organismos Públicos	12.- Total de tiempo en la Administración Pública		
13.- Período de la Licencia (14 días continuos)	14.- Días a disfrutar	Desde:	15.-Cant		16.- Fecha de Incorporación	
		Hasta:				
17.- Observaciones:						
18. Firma del Trabajador	19. Aprobado por Coordinador(a) de la Unidad		20. Aprobado por Director(a) de la Unidad		21. Recibidos por ORH	
VERIFICACIÓN DE DATOS						
22.- Analista de ORH	23.- Bonificación	24.- Fecha de		25.- Director (a) de ORH		
	( ) Días	Verificación	Aprobación			