*Fecha de Solicitud: D\_\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Jefe inmediato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nº Resolución (Solo si aplica):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D\_\_\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**1. MARQUE CON UNA X EL MOTIVO DE LA SOLICITUD DE PERMISO:**

a) Asuntos Personales \_\_\_\_\_ b) Calamidad domestica \_\_\_\_\_\_

c) Situaciones Académicas \_\_\_\_ d) Situaciones Administrativas \_\_\_\_\_

e.) Sindicales \_\_\_\_\_ f.) Licencias no remuneradas \_\_\_\_\_\_

g.) Otros \_\_\_\_\_\_

**2. PERMISO PARA SITUACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:**

a) Consultas Médicas y/o Odontológicas\_\_\_\_\_ b) Exámenes Médicos y/o Odontológicos\_\_\_\_\_

c) Enfermedad Común\_\_\_\_\_\_\_ d) Enfermedad Profesional \_\_\_\_\_\_\_

f) Accidente de trabajo\_\_\_\_\_\_ g) Licencias de Maternidad / Paternidad\_\_\_\_

h) Incapacidades Médicas \_\_\_\_\_\_\_

**3. FECHA Y/O HORAS DE PERMISO:**

a) N° Horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) N° de Días: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde: D\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_

Hasta: D\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_

**4. SOPORTES:** Si\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ N° Folios: \_\_\_\_\_\_

**5. ENCARGATURAS:** Sugerencia: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

Nombre del Encargado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. COMPENSATORIOS:**

Fecha- tiempo Extra D\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_ Fecha a compensar D\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_

a) N° Horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) N° de Días: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde: D\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_

Hasta: D\_\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_

**7. FIRMAS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE SOLICITANTE FIRMA Vo. Bo.**

**JEFE INMEDIATO**

**8. ESPACIO EXCLUSIVO PARA DILIGENCIAMIENTO OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

**Recibe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No Consecutivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Vo. Bo. JEFE DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS**