

FORMULARIO SOLICITUD DE PERMISO

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____

ÁREA DE TRABAJO _____ Personal de Planta Personal Eventual Consultor de Línea CODIGO O CARGO _____ TELEFONO (EXTENCIÓN) _____

PERMISOS (Marque lo que preceda)

Con fines personales <input type="checkbox"/>	Por motivos de salud <input type="checkbox"/>	Por motivo de trabajo <input type="checkbox"/>	Detalle de la actividad realizada:.....
HORARIO: De Horas: a
FECHA:/...../20.....		
Declaratoria en comisión		Detalle de la actividad realizada:.....	
a) Comisión oficial <input type="checkbox"/>		
b) Comisión por viaje <input type="checkbox"/>		
FECHA : De/...../20..... A/...../20.....			

REGULARIZACIÓN DE MARCADO (Describir el motivo de la omisión del marcado para que el mismo sea considerado)

ENTRADA <input type="checkbox"/>	REGULARIZACIÓN <input type="checkbox"/>	12:00 a 13:00	Motivo:.....
SALIDA <input type="checkbox"/>	MEDIO DÍA <input type="checkbox"/>	13:00 a 14:00
FECHA:/...../20.....		

LICENCIAS (Marque lo que preceda)

Becas y Cursos <input type="checkbox"/>	Aniversario natal <input type="checkbox"/>	Examen de mamografía o papanicolau (*) <input type="checkbox"/>
Enfermedad <input type="checkbox"/>	Nacimiento de hijos <input type="checkbox"/>	Accidente grave o enfermedad de hijos menores de 12 años <input type="checkbox"/>
Matrimonio <input type="checkbox"/>	Siniestro grave a bienes o vivienda <input type="checkbox"/>	Maternidad:
Fallecimiento <input type="checkbox"/>	Examen físico de próstata o examen de laboratorio (PSA) (*) <input type="checkbox"/>	a) Prenatal <input type="checkbox"/>
		b) Posnatal <input type="checkbox"/>
		c) Lactancia (*) <input type="checkbox"/>
PERÍODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA LA LICENCIA		
(*) HORARIO: De Horas: a		
FECHA : De/...../20..... A/...../20.....		

Nota: El Consultor de Línea, accederá al permiso personal siempre y cuando este definido en el contrato; para el caso de las licencias deberá además de ser autorizado por Gerencia General.

SOLICITADO POR:	AUTORIZADO POR:	RECEBIDO POR:
Firma y Sello Solicitante	Firma y Sello Jefe Inmediato Superior	Firma y Sello Gerente del Área o Director de Clínica
Firma y Sello Recursos Humanos		