GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE ESTADO

SOLICITUD DE LICENCIA

1. Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre

2. NEGOCIADO, DIVISIÓN Y SECCIÓN: _____

3. LICENCIA QUE SOLICITA:

☐ VACACIONES	☐ MILITAR CON PAGA	☐ MEDICO FAMILIAR
☐ ENFERMEDAD	☐ JUDICIAL	☐ SIN SUELDO
☐ MATERNIDAD	☐ ESPECIAL PARA ESTUDIOS	☐ VACACIONES
☐ SIN SUELDO	☐ MILITAR SIN PAGA	☐ ENFERMEDAD

☐ COMENTARIO: _____

4. NUMERO DE DIAS _____ DESDE _____ A.M. HASTA _____

5. SI LA SOLICITUD ES PARA LICENCIA POR ENFERMEDAD, LLENE ESTA CERTIFICACIÓN:

CERTIFICO: QUE ESTA AUSENCIA SE DEBIO A ESTAR EL SUSCRIBIENTE:

☐ ENFERMO O INCAPACITADO PARA EL TRABAJO ☐ EXPUESTO A UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA

NOTA: LA AGENCIA PUEDE REQUERIR AL EMPLEADO UN CERTIFICADO MEDICO QUE INDIQUE QUE LA ENFERMEDAD IMPIDIO AL EMPLEADO ASISTIR AL TRABAJO.

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL EMPLEADO

6. RECOMENDADA:

_____ Firma del Supervisor Inmediato

_____ Firma del Director de la Oficina O División

7. APROBADA:

_____ Firma del Secretario o su Representante Autorizado

_____ Firma del Director de Recursos Humanos

8. INFORME DE LIQUIDACIÓN

		VACACIONES	ENFERMEDAD
A. BALANCE ANTERIOR	_____	_____	_____
B. LICENCIA ACUMULADA DESDE BALANCE ANTERIOR	_____	_____	_____
C. LICENCIA UTILIZADA DESDE BALANCE ANTERIOR (Incluye Cargo A Este Informe)	_____	_____	_____
D. BALANCE A: _____		_____	_____