



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:

7. APROBADA:

Firma del Supervisor Inmediato

Firma del Secretario o su Representante Autorizado

Firma del Director de la Oficina O División

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: