|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA DE SOLICITUD** | | |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | **C.C** | |  | | **C.E** |  | | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | | | | | | | |  | | | |
| **CARGO QUE OCUPA** |  | | | | | | | | | | | | | | **SEDE DONDE LABORA** | | |  | | | | | |
| **SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE SOLICITUD**  **(Especifique brevemente los motivos, por el cual solicita el permiso)** | | **Permiso para atender asunto Medico ( )** | | | | | | | | | | **Permiso para atender asunto Personal ( )** | | | | | | | | | **Licencia No remunerada ( )** | | |
| **Otros ( )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Especifique los motivos de su solicitud** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIEMPO**  **(Especifique el tiempo)** | | **FECHA DE INICIO (Permiso)** | | | | | | | | | | | | | | **FECHA DE TERMINACIÓN (Permiso)** | | | | | | | |
| **Hora** | | | **Día** | | | | **Mes** | | | | | **Año** | | **Hora** | | | **Día** | | | **Mes** | **Año** |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  |  |
| **RESPUESTA A SOLITUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE QUIEN DA RESPUESTA:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | **CARGO:** | | | |  | | |
| **APROBADA** ( ) | **NEGADA** ( ) | | | | | **REMITIDA** ( ) | | | | | | | **DEPENDENCIA**: | | | | | | | | | | |
| **NOTA** | | | | Anexar: Certificado médica o soporte de respaldo si aplica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE ATENCIÓN DE SOLICITUD** | | | | **Día** | **Mes** | | | | | **Año** | | | | | **OBSERVACIONES** | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN DIO RESPUES A LA SOLICITUD** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **RECUERDA:** Que deberás entregar el formato diligenciado en su totalidad, con mínimo **tres días** de anterioridad a rectoría, para dar respuesta a su solicitud. Recuerde que la entrega y/o envió de la solicitud no implica la aprobación de esta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |