División de Recursos Humanos
Área de Salud Ocupacional

PROGRAMA DE AUSENTISMO LABORAL

REGISTRO DE PERMISOS INFERIORES A UN DÍA Y SUPERIORES A UNA HORA

DEPENDENCIA: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

Fecha	Nombre del Funcionario	Cargo	Motivo	Tiempo aproximado en Horas	Firma del solicitante	Firma del Jefe Inmediato

En este formato se registran todas las ausencias por factores no ocupacionales y ocupacionales inferiores a un día y superiores a una hora, detallando: fecha del permiso: año-mes-día, nombre y apellido del funcionario, cargo, descripción breve del motivo del permiso, tiempo aproximado en horas, firma del solicitante y firma del jefe inmediato. Este registro se entrega a la División de Recursos Humanos, al finalizar cada mes.

.

División de Recursos Humanos
Área de Salud Ocupacional

PROGRAMA DE AUSENTISMO LABORAL

SOLICITUD Y REGISTRO DE PERMISOS DE UN DÍA

Fecha: _____/_____/_____
Día mes año

Nombre del Funcionario: _____

Cargo: _____

Dependencia: _____

Motivo:
_____
_____
_____
_____
_____

Este permiso será tomado a partir del día _____ mes _____ del año _____, hasta el día _____ mes _____ del año___.

_____ _____
Firma del solicitante **Vo.Bo. Jefe Inmediato**

En este formato se diligencia la solicitud de permisos de un día, detallando: fecha de la solicitud, nombre y apellido del funcionario, cargo, dependencia, motivo (descripción breve de la ausencia, por factores no ocupacionales y ocupacionales), fecha de inicio y terminación del permiso. El funcionario solicitante firma la solicitud y la presenta al jefe inmediato para el aval. Este registro se entrega a la División de Recursos Humanos, al finalizar cada mes.

División de Recursos Humanos
Área de Salud Ocupacional

PROGRAMA DE AUSENTISMO LABORAL

SOLICITUD Y REGISTRO DE PERMISOS DE DOS A TRES DÍAS

Fecha: _____/_____/____
Día mes año

Nombre del Funcionario: _____

Cargo: _____

Dependencia: _____

Motivo:
_____
_____
_____
_____
_____

Este permiso será tomado a partir del día _____ mes _____ del año _____, hasta el día _____ mes _____ del año___.

Número de días de ausencia: _____

_____ _____
_____

Firma del solicitante Vo.Bo. Jefe Inmediato **Firma Vicerrector Administrativo**

En este formato se diligencia la solicitud de permisos de dos a tres días, detallando: fecha de la solicitud, nombre y apellido del funcionario, cargo, dependencia, motivo (descripción breve de la ausencia, por factores no ocupacionales y ocupacionales), fecha de inicio y terminación del permiso. El funcionario solicitante firma la solicitud y la presenta a su jefe inmediato para el visto bueno, obtenido el visto bueno se entrega la solicitud a la Vicerrectoría Administrativa para su procesamiento.

División de Recursos Humanos
Área de Salud Ocupacional

PROGRAMA DE AUSENTISMO LABORAL

REGISTRO DE INCAPACIDADES

Fecha: _____/_____/____
Día mes año

Nombre del Funcionario: _____

Cargo: _____

Dependencia: _____

Incapacidad desde _____/_____/_____ **Hasta** _____/_____/_____
Día Mes Año **Día Mes Año**

Prórroga Si _____ **No** _____ **Total de días acumulados**_____

Se anexa incapacidad de EPS: _____

Código CIE: _____

_____
Firma Jefe División de Recursos Humanos

La incapacidad por enfermedad general se debe reportar en este formato con la siguiente información: nombre y apellido, fecha, dependencia, fecha de inicio de la incapacidad y fecha de la terminación, prórroga de la incapacidad, total de días de incapacidad, nombre de la EPS que autoriza la incpacidad y firma del jefe de la División de Recursos Humanos.

Este formato lo diligencia exclusivamente la División de Recursos Humanos a partir del recibo inmediato del certificado original de incapacidad refrendado por la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador. Copia de dicho certificado debe entregarse al jefe inmediato.