

Lugar y Fecha del formulario: \_\_\_\_\_

lunes, 15 de septiembre de 2014

Solicitante: \_\_\_\_\_

Dependencia/ Unidad: \_\_\_\_\_

No. de Marcaje: \_\_\_\_\_

Dirección o teléfono en donde se le pueda localizar: \_\_\_\_\_

### MARQUE EL TIPO DE PERMISO

1 Cita al IGSS	2 Citación Administrativa/ Judicial	3 Cumpleaños ***
4 Día de la Madre	5 <b>Día de la Secretaria</b> (quienes tienen título y desempeñen funciones secretariales)	6 <b>Día del Profesional*</b> (según lo establecido en ley)
7 <b>Días adicionales por Maternidad</b> (6 días calendario)	8 <b>Fallecimiento*</b> (cónyuge, hijos, padre, madre 5 días hábiles; hermanos, abuelos o suegros 3 días hábiles)	9 <b>Hospitalización o Intervención Quirúrgica*</b> (padres, cónyuge o hijos hasta 3 días hábiles en cada caso)
10 <b>Matrimonio</b> (6 días hábiles)	11 <b>Nacimiento de un Hijo</b> (5 días hábiles en caso de los padres)	12 <b>Otros*:</b> Esta opción no constituye días completos (De acuerdo al artículo 11, inciso b) y d) del Acuerdo Ministerial 2072-2009 de fecha 1 de septiembre 2009)
Especifique lo marcado con "**":		

\*\*\* Si corresponde a día domingo, este se transferirá al día lunes subsiguiente y si fuese sábado se otorgará el viernes anterior; si se sitúa en un día de asueto, la licencia se trasladará al día hábil posterior.

Adjuntar la siguiente documentación para justificar la acción seleccionada:

- |   |  |
|---|--|
| 1- Copia del Carné de citas y Constancia de la Visita al IGSS | 7- Se presenta al momento de presentar la suspensión del IGSS.   |
| 2- Citación del Juzgado                                       | 8- Acta de Defunción del fallecido   |
| 3- N/A  | 9- Constancia de Médico  |
| 4- N/A  | 10- Acta de Matrimonio   |
| 5- N/A  | 11- Constancia de Nacimiento   |
| 6- N/A  | 12- Documento de respaldo. **Si el permiso es por cita al centro estudiantil de los hijos, indicar como base Legal, "Ley de la Educación Nacional" Artículo 35, numeral 6 y presentar citación o circular del establecimiento educativo. |

### EFFECTIVIDAD DEL PERMISO Y AUTORIZACIÓN

Días Completos	Del:		En caso de horas	Fecha:	
	Al:			De:	

(f) \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

(f) \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Jefe Inmediato

(f) \_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello del Director de la Dependencia

Sello

### CONDICIONES DE ACEPTACIÓN EN LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Este formulario se aceptará en la Unidad de Recursos Humanos, si la documentación de respaldo se adjuntó y que el mismo se entregue a más tardar al día siguiente de haberse otorgado el mismo.