



Verificado por _____ Analista Recursos Humanos Fecha _____ día/mes/año

SOLICITUD DE LICENCIA **INFORME DE AUSENCIA**

Nombre	Seguro Social	Título del Puesto o Rango
--------	---------------	---------------------------

Decanato o Facultad	Departamento u Oficina
---------------------	------------------------

Clasificación <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Docente <input type="checkbox"/> De Confianza <input type="checkbox"/> Docente Administrativo	Status <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Contrato de Servicios <input type="checkbox"/> Temporero
--	---

Clase de Licencia

<input type="checkbox"/> Ordinaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Judicial	<input type="checkbox"/> Maternidad
<input type="checkbox"/> Compensatoria	<input type="checkbox"/> Sin Sueldo Autorizada	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Otra _____

_____ Desde _____ Hasta _____
 Núm. horas Día Mes Año Hora Día Mes Año Hora

Observaciones _____

_____ Firma del Empleado _____ Fecha

Recomendado por _____ Supervisor Inmediato _____ Fecha

CERTIFICADO MÉDICO *

_____ Firma del Médico _____ Fecha del Certificado

*** Este certificado deberá completarse por un médico autorizado cuando la Oficina de Recursos Humanos o el supervisor inmediato lo solicite.**

INSTRUCCIONES:
 Enviar el original a la Oficina de Recursos Humanos debidamente completado y firmado por el empleado y su supervisor.