

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PROVINCIAL DE PASTAZA
FORMULARIO DE PERMISOS, LICENCIAS Y VACACIONES

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa

APELLIDOS:	NOMBRES:	CÉDULA:			
MODALIDAD CONTRACTUAL:		NOMBRAMIENTO	CÓDIGO DE TRABAJO	CONTRATO OCASIONAL	
CARGO:	UNIDAD ADMINISTRATIVA:	CIUDAD			
		PUYO-PASTAZA			

MOTIVO

Vacaciones (Desde 5 días en adelante)	Permiso Personal (Desde 1 a 4 días)	Permiso Medico (Adjuntar certificado)	Atrasos	Cambio de Horario de Almuerzo
Matrimonio (Adjuntar certificado)	Cuidado del Recién Nacido	Calamidad Doméstica (Especificar) (Adjuntar certificado)	Permiso por horas	
Estudios (Adjuntar certificado de matrícula)	Maternidad / Paternidad (Adjuntar certificado)		<input type="checkbox"/> Hora de inicio: (H+MM) _____ <input type="checkbox"/> Hora de terminación: (H+MM) _____	
Servicios Institucionales (Reuniones o Eventos fuera de la Institución) Adjunta documento de respaldo	Especifique: _____		Motivo: _____	
Otros	Especifique: _____			

* Adjuntar la documentación de soporte correspondiente en los casos que aplique

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE RETORNO AL GADPPz
____ / ____ / ____ dd mm aaaa	____ / ____ / ____ dd mm aaaa	____ / ____ / ____ dd mm aaaa

_____ Firma del Servidor o Funcionario	_____ Firma del JEFE INMEDIATO (De ser el caso)
---	--

AUTORIZACION / CONOCIMIENTO DEL JEFE INMEDIATO

Es necesario reemplazo: SI NO	En casos de NJS:
Nombre Reemplazo: _____	Nombre del Reemplazo a Subrogar: _____
Autorizado por: _____	Cargo: _____
	Autorizado por: _____
Firma de Autorización DIRECTOR Responsable de la Dirección de _____	Firma de Autorización PREFECTO PROVINCIAL DE PASTAZA

VALIDACIÓN DE TALENTO HUMANO (REGISTRO OBLIGATORIO PARA PERMISOS PERSONALES Y VACACIONES)

La siguiente información debe ser solicitada a esta unidad con al menos 24 horas previo a la autorización del jefe inmediato, excepto en casos de permisos médicos o calamidades domésticas.

TOTAL SALDO DE VACACIONES NO GOZADAS: (En los casos de solicitud de vacaciones adjuntar detalle del saldo) f. _____
Nombre: _____
Responsable UATH

* Nota: Las firmas suscritas deben constar con tinta azul