



SECRETARÍA DE CULTURA DE LA PRESIDENCIA

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS FORMULARIO DE ACCION DE PERSONAL

DRH-01

I- DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

CARGO _____

UNIDAD DE TRABAJO _____

II- NATURALEZA DE LA ACCION PROPUESTA

LICENCIAS POR:	Otras Acciones de Personal (uso exclusivo del Jefe Superior Inmediato)
<input type="checkbox"/> Enfermedad (15días): Art. 6 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos	<input type="checkbox"/> Promoción interna
<input type="checkbox"/> Enfermedad con incapacidad médica (90días): Art. 6 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos (15 días por año de servicio)	<input type="checkbox"/> Cambio de cargo
<input type="checkbox"/> Maternidad: Art. 9 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos	<input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad de trabajo
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave de parientes/Duelo (20días): Art. 10 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos	<input type="checkbox"/> Reconocimiento especial
<input type="checkbox"/> Carácter personal (5días): Art. 11 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos	<input type="checkbox"/> Renuncia
<input type="checkbox"/> Licencia sin goce de sueldo: Art. 92, Disposiciones Generales de Presupuesto	<input type="checkbox"/> Jubilación
<input type="checkbox"/> Estudios: Art. 85 Numeral 2, Disposiciones Generales de Presupuesto	<input type="checkbox"/> Fallecimiento del empleado
<input type="checkbox"/> Misión Oficial: Art. 19 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos	
<input type="checkbox"/> Tiempo compensatorio: Art. 113, Numeral 6, Disposiciones Generales de Presupuesto	
<input type="checkbox"/> Dificultad de Marcación (Detallar en la justificación el motivo que lo generó y tener el visto bueno del Jefe Inmediato)	
<input type="checkbox"/> Actividades Sindicales	

III.- PERIODO

HORAS: De las _____ horas a las _____ Total de horas: _____	DÍA(S) COMPLETO(S) Del _____ (dd/mm/aaaa) Al _____ (dd/mm/aaaa) Total de días: _____
--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

EFFECTIVA A PARTIR DE (cuando aplique): _____ (dd-mm-aaaa)

IV- JUSTIFICANTES: (cuando aplique)

V. TIEMPO COMPENSATORIO

En caso de solicitud de descanso compensatorio detallar causa o motivo que lo generó:

Trabajo extraordinario en día descanso, vacación o asueto <input type="checkbox"/>	Capacitación en día descanso, vacación o asueto <input type="checkbox"/>
Detalle de la actividad realizada: Lugar de ejecución: _____	Fecha de ejecución: _____ (dd-mm-aaaa)
Horario de ejecución: _____ Cantidad de horas: _____	Asignada por: _____
Cantidad de días solicitados: _____	Fecha que se hará efectivo desde: _____ hasta: _____ (dd-mm-aaaa)

VI.- FIRMAS

SOLICITANTE Empleado	JEFE INMEDIATO Pre-revisión	JEFE INMEDIATO SUPERIOR
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____ (dd-mm-aaaa)	Fecha: _____ (dd-mm-aaaa)	Fecha: _____ (dd-mm-aaaa)

Este formulario debe ser presentado por el empleado solicitante al Departamento de Recursos Humanos, dentro de los primeros 3 días hábiles después de haber gozado la licencia. El o La encargada de control de asistencia no es responsable por descuentos sino se presenta oportunamente y llena correctamente este formulario.

ANEXAR DOCUMENTOS ORIGINALES QUE JUSTIFIQUEN LA ACCION DE PERSONAL (cuando aplique)