



INSTITUCION EDUCATIVA
SANTIAGO VILA ESCOBAR
NIT 809002781-8

FORMATO SOLICITUD DE PERMISO LABORAL

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRES	
APELLIDOS	
CEDULA N°	

ESPACIO PARA SELLO UNIDAD CORRESPONDENCIA I.E
--

FECHA: DÍA / MES / AÑO

MARQUE CON UNA "X" SI ES:	
ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>
DOCENTE	<input type="checkbox"/>

MARQUE CON "X" SU JORNADA LABORAL		
MAÑANA	TARDE	N/A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUMERO DE DIAS QUE SOLICITA	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------

RELACIONE LAS FECHAS DEL PERMISO SOLICITADO	FECHA: 1
	DÍA / MES / AÑO
	FECHA: 2
	DÍA / MES / AÑO
	FECHA: 3
	DÍA / MES / AÑO

CLASE DE PERMISO:
REMUNERADO

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA SOLICITANTE

RECIBIDO SOLICITANTE
FECHA: DÍA / MES / AÑO

AUTORIZACIÓN :

IBETH LUCIA BARRERA CASTRO
C.C. 65.499.484
RECTORA

Firma Cordinación

NOTA: La solicitud debe ser radicada en la unidad de correspondencia de la institución con mínimo cinco (5) días de anticipación.

La rectoría autoriza hasta tres días, en caso de requerir más días favor dirigirse a la Secretaría de Educación Municipal de Ibagué.

Adjunto: (_____) folios.