



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Municipio Autónomo de San Germán
Oficina de Recursos Humanos



NOTIFICACION DE AUSENCIA DE 3 DIAS O MENOS

Fecha de Radicacion

Nombre del Empleado

Division o Departamento

Titulo de la Plaza

CERTIFICO QUE ESTARE ESTUVE

AUSENTE DE MI TRABAJO DESDE LAS _____ **DEL** _____ **DE** _____ **DEL** _____ **AÑO**
Hora Dia Mes Año

HASTA LAS _____ **DEL** _____ **DE** _____ **DEL** _____ .
Hora Dia Mes Año

HACIENDO UN TOTAL DE _____ **HORAS CON** _____ **MINUTOS**

FAVOR DE CARGAR EL TOTAL DE HORAS DE AUSENCIA CONTRA LICENCIA POR _____
POR CUANTO FUERON UTILIZADAS

PARA:

ASUNTO PERSONAL

TRATAMIENTO MEDICO

POR ENFERMEDAD

ASUNTO JUDICIAL

OTRA CAUSA _____

Explique

CERTIFICO QUE SEGUI AL PIE DE LA LETRA LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA LA CONCECION DE LICENCIA A LA VEZ QUE NOTIFIQUE A MI SUPERVISOR INMEDIATO DENTRO DEL TIEMPO REGLAMENTARIO.

PERSONALMENTE

POR CARTA

NINGUNO

POR TELEFONO

OTRO _____

Explique

Fecha

Firma del Empleado

PARA USO DEL SUPERVISOR INMEDIATO:

LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL EMPLEADO ES CORRECTA INCORRECTA

RECOMIENDO:

SE AUTORICE LA AUSENCIA

NO SE AUTORICE LA AUSENCIA

Fecha

Firma del Supervisor Inmediato

PARA USO DEL JEFE DE DEPARTAMENTO

APROBADA

DESAPROBADA

Firma del Jefe de Departamento

PARA USO DE LA OFICINA DE PERSONAL

LICENCIA	DIAS ACUMULADOS	DIAS CONCEDIDOS EN ESTA SOLICITUD	BALANCE
ANUAL	_____ HRS.	_____ HRS.	_____
ENFERMEDAD	_____ HRS.	_____ HRS.	_____

APROBADA

Firma del Alcalde o Representante Autorizado

Fecha