|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO PÚBLICO** | | **N° DE IDENTIFICACION** | |
|  | |  | |
| **CARGO** | | **DEPENDENCIA** | |
|  | |  | |
| **FECHA DE SOLICITUD:** | **DÍA:** | **MES:** | **AÑO:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DURACIÓN DE LA NOVEDAD (HORAS)** | | | |
| CANTIDAD DE HORAS: | EN LETRAS: | | FECHA |
| HORA DE SALIDA: | | HORA DE REGRESO: | |
| Vo. Bo. JEFE INMEDIATO | | | |
|  | |  | |
| NOMBRE | | FIRMA | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DURACIÓN DE LA NOVEDAD UN (1) DÍA** | | | |
| FECHA DE LA NOVEDAD: | DÍA: | MES: | AÑO: |
| Vo. Bo. JEFE INMEDIATO | | | |
|  | |  | |
| NOMBRE | | FIRMA | |
| Vo. Bo. SUBDIRECTOR | | | |
|  | |  | |
| NOMBRE | | FIRMA | |
| Vo. Bo. DIRECTOR | | | |
|  | |  | |
| NOMBRE | | FIRMA | |
| Vo. Bo. CONTRALOR DE BOGOTÁ D.C.  (A**plica únicamente para los empleados públicos del nivel directivo y asesor**) | | | |
|  | |  | |
| NOMBRE | | FIRMA | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JUSTIFICACIÓN** | | |
| MOTIVO | | OBSERVACIONES |
| PERMISO JEFE INMEDIATO: |  |  |
| CITA MÉDICA: |  |  |
| CAPACITACIÓN: |  |  |
| OTROS: |  |  |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA EMPLEADO PÚBLICO**  **Nota:** Este formato solo será válido si está debidamente aprobado y firmado. |