

	REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO COORDINACIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS COORDINACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL				REG-VAD-CGRH-CBS-001 Formulario: CBS-001 Fecha: 21/04/2015 Cambio:01						
	SOLICITUD DE PERMISO										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(1) FECHA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>								(1) FECHA		/ /	
(1) FECHA											
/ /											
DATOS DEL TRABAJADOR(A)											
(2) NOMBRES Y APELLIDOS		(3) CEDULA DE IDENTIDAD		(4) SEXO		(5) TIPO DE PERSONAL					
				☐ M ☐ F		☐ ACADÉMICO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ OBRERO					
(6) DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE		(7) CARGO QUE DESEMPEÑA		(8) TELÉFONO		(9) EXTENSIÓN					
DATOS DEL PERMISO A SOLICITAR											
(10) TIPO DE PERMISO (Conforme a lo establecido en la I Convención Colectiva Única de Trabajadores del Sector Universitario y demás leyes que regulan la materia)		(11) DURACIÓN DEL PERMISO			(12) DOCUMENTOS OBLIGATORIOS A CONSIGNAR						
☐ Por Paternidad		☐ 15 Días Continuos (Parto Simple) ☐ 30 Días Continuos (Parto Múltiple) ☐ 15 Días Continuos (Por Adopción)			Copia del certificado o partida de nacimiento.						
☐ Por Matrimonio		☐ 12 Días Hábiles			Copia del acta de matrimonio.						
☐ Por Fallecimiento		☐ 10 Días Hábiles (Si la muerte ocurre dentro de la jurisdicción de la misma entidad federal) ☐ 12 Días Hábiles (Si la muerte ocurre en otra jurisdicción del territorio nacional) ☐ 15 Días Hábiles (Si la muerte ocurre en el exterior)			- Copia del acta de defunción. - Copia de los documentos probatorios de filiación.						
☐ Por Protección de la Salud		☐ 1 Día Hábil al mes (Control médico durante el embarazo) ☐ 2 Mediodías al mes (Control médico durante el embarazo) ☐ 1 Día Hábil al mes (Control médico pediátrico)			Certificado de consulta de control de salud, emitido por el centro de salud correspondiente.						
☐ Por Atención del Grupo Familiar		☐ Menor a 15 Días Hábiles ☐ Hasta 15 Días Hábiles			- Copia del reposo del familiar, emitido por el médico tratante (si este supera los tres (3) días hábiles, el mismo deberá estar avalado por el Seguro Social. - Copia del informe médico.						
☐ Por Siniestro que afecte los Bienes del Trabajador(a)		☐ 5 Días Hábiles ☐ 15 Días Hábiles (Casos Graves)			Copia de los documentos probatorios del siniestro emitido por las autoridad competente (Bomberos, Fiscales de Tránsito, entre otros).						
☐ Otros: Especifique: _____											
DURACIÓN DEL PERMISO											
(13) DÍAS A SOLICITAR	(14) FECHA DE INICIO	DÍA	MES	AÑO	(15) FECHA DE FINALIZACIÓN	DÍA	MES	AÑO			
(16) TRABAJADOR (A)				(17) JEFE INMEDIATO							
PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL											
(18) COORDINACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL				SOLICITUD RECIBIDA							
				(19) FECHA			(20) HORA				
				DÍA	MES	AÑO					

NOTA IMPORTANTE:

1. Cuando se trate de permisos de pre-post natal (semanas) y por período de lactancia (horas), no se deberá llenar el presente formulario, el responsable de la dependencia a la cual está adscrita la Trabajadora deberá enviar memorando interno a la Coordinación General de Recursos Humanos, a los fines de tramitar de manera oportuna dicho permiso.
2. Cuando se trate por enfermedad del Trabajador(a) y este se encuentre de “reposo”. No deberá llenar el presente formulario. Por consiguiente deberá enviar a la Coordinación General de Recursos Humanos, copia del reposo emitido por el médico tratante (si este supera los tres (3) días hábiles, el mismo deberá estar convalidado por el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS)) y copia del Informe Médico, de ser el caso.
3. La Coordinación General de Recursos Humanos No tramitara ninguna solicitud de permiso, cuando la información requerida este incompleta o falten los documentos exigidos. Ninguna solicitud de permiso tendrá validez sino se tramita directamente ante la Coordinación General de Recursos Humanos.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
FORMULARIO
SOLICITUD DE PERMISO
(CBS-001)**

A. Objetivo:

Notificar a la Coordinación General de Recursos Humanos el tipo de permiso requerido, con la finalidad de obtener de manera oportuna el beneficio que por ley le corresponde al Trabajador(a).

B. Instrucciones para el registro de la información:

DATOS DEL TRABAJADOR

1. **Fecha:** Coloque día, mes y año correspondiente al llenado de la solicitud de permiso.
2. **Nombres y apellidos:** Coloque los nombres y apellidos del Trabajador(a) (Docente, Administrativo y Obrero) que requiere el permiso.
3. **Cédula de identidad:** Indique correctamente el número de cédula de identidad del Trabajador(a) (Docente, Administrativo y Obrero) que requiere el permiso.
4. **Sexo:** Marque con una equis(x) el tipo de género (femenino- masculino) del Trabajador(a) (Docente, Administrativo y Obrero) que requiere el permiso.
5. **Tipo de personal:** Marque con una equis (x) si el Trabajador(a) que requiere el permiso es Académico, Administrativo u Obrero.
6. **Dependencia a la que pertenece:** Indique la denominación de la dependencia a la cual pertenece el Trabajador(a) que requiere el permiso.
7. **Cargo que desempeña:** Coloque la denominación del cargo que tiene el Trabajador(a), en caso de no poseerlo, coloque la condición en la cual se encuentra. Ejemplo: Contratado(a).
8. **Teléfono:** Indique el número de teléfono del Trabajador(a) que requiere el permiso.
9. **Extensión:** Indique el número de extensión asignado a la dependencia a la cual pertenece el Trabajador(a) que requiere el permiso.

DATOS DEL PERMISO A SOLICITAR

10. **Tipo de permiso:** Marque con una equis (x) el permiso que requiere el Trabajador(a), en el caso, que dicho permiso no se encuentre reflejado en este formulario, deberá marcar una equis (x) en la opción “Otros” y registrar la identificación del mismo, siempre y cuando este contemplado en la I Convención Colectiva Única de Trabajadores del Sector Universitario y/o en las demás leyes que regulan la materia.
11. **Duración del permiso:** Marque con una equis (x), según el caso, la cantidad de días que solicitará el Trabajador(a).
12. **Documentos obligatorios a consignar:** Se explica por sí sola.

DURACIÓN DEL PERMISO

13. **Días a solicitar:** Coloque en números la cantidad de días correspondiente al permiso a solicitar.
14. **Fecha de inicio:** Coloque día, mes y año en la cual comenzará el permiso a solicitar.
15. **Fecha de finalización:** Coloque día, mes y año en la cual terminará el permiso a solicitar de acuerdo a la duración establecida para el mismo.
16. **Firma del Trabajador(a):** Estampe la firma del Trabajador (a) en señal de conformidad de la presente solicitud.
17. **Jefe inmediato:** Coloque la firma del responsable de la dependencia a la cual está adscrito el Trabajador(a) que solicita el permiso y posteriormente estampe el sello de la misma.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL

18. **Coordinación de Bienestar Social:** Coloque la firma de la persona responsable de recibir la presente solicitud y posteriormente estampe el sello de la dependencia.

SOLICITUD RECIBIDA

19. **Fecha:** Coloque día, mes y año en la cual recibe, por parte del Trabajador(a), la solicitud de permiso.
20. **Hora:** Coloque la hora exacta en la cual recibe, por parte del Trabajador(a), la solicitud de permiso.