



GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO PROVINCIAL DE PASTAZA

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: _____ / _____ / _____
dd mm aaaa

APELLIDOS:	NOMBRES:	CÉDULA:					
MODALIDAD CONTRACTUAL:		NOMBRAMIENTO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	CONTRATO OCASIONAL <input type="checkbox"/>			
CARGO:	UNIDAD ADMINISTRATIVA:	CIUDAD					
		PUYO-PASTAZA					

MOTIVO

<input type="checkbox"/> Vacaciones (Desde 5 días en adelante)	<input type="checkbox"/> Permiso Personal (Desde 1 a 4 días)	<input type="checkbox"/> Enfermedad (Adjuntar certificado)	<input type="checkbox"/> Atrasos	<input type="checkbox"/> Cambio de Horario de Almuerzo
<input type="checkbox"/> Matrimonio (Adjuntar certificado)	<input type="checkbox"/> Cuidado del Recién Nacido	<input type="checkbox"/> Permiso Medico (Adjuntar certificado)	<input type="checkbox"/> Permiso por horas	
<input type="checkbox"/> Estudios (Adjuntar certificado de matrícula)	<input type="checkbox"/> Maternidad / Paternidad (Adjuntar certificado)	<input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica (Especificar) (Adjuntar certificado)	- Hora de inicio: (H:H:MM) _____	
<input type="checkbox"/> Servicios Institucionales (Reuniones o Eventos fuera de la Institución) Adjunta documento de respaldo	<input type="checkbox"/> Especifique: _____		- Hora de terminación: (H:H:MM) _____	
<input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____			Motivo: _____	

* Adjuntar la documentación de soporte correspondiente en los casos que aplique

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	FECHA DE RETORNO AL GAPPz
_____/_____/_____ dd mm aaaa	_____/_____/_____ dd mm aaaa	_____/_____/_____ dd mm aaaa

Firma del Servidor o Funcionario

Firma del JEFE INMEDIATO (De ser el caso)

AUTORIZACION / CONOCIMIENTO DEL JEFE INMEDIATO

Es necesario reemplazo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En casos de NJS:
Nombre Reemplazo: _____	Nombre del Reemplazo a Subrogar: _____
Autorizado por: _____	Cargo: _____
	Autorizado por: Abg. Antonio Kubes
Firma de Autorización DIRECTOR Responsable de la Dirección de _____	Firma de Autorización PREFECTO PROVINCIAL DE PASTAZA

PARA SOLICITAR VACACIONES

Fecha de Ingreso a la Institución: _____ / _____ / _____
dd mm aaaa

La siguiente información debe ser solicitada previa a la autorización a la Dirección de Talento Humano

TOTAL VACACIONES PENDIENTES ACUMULADAS:

* Nota: Las firmas suscritas deben constar con tinta azul