

FECHA SOLICITUD: DIA ____ MES ____ AÑO _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

CÉDULA N°:

CARGO:

NIVEL CENTRAL DEPENDENCIA: _____

ORIP MUNICIPIO: _____

FECHA INICIAL PERMISO: DIA ____ MES ____ AÑO _____ HORA: _____

FECHA FINAL PERMISO: DIA ____ MES ____ AÑO _____ HORA: _____

MOTIVO: QUINQUENIO CALAMIDAD DOMÉSTICA
 CUMPLEAÑOS CITA MÉDICA
 DÍA DE LA FAMILIA OTROS ¿CUÁL)

PERSONA QUE LO REPLAZA (En caso de ser necesario):

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

Firma Solicitante

Nombre y firma de quien da visto bueno -
Coordinador (en caso de ser necesario)

Nombre y firma de quien autoriza - Jefe Inmediato

* El jefe directo debe requerir y revisar los soportes o la justificación presentada por el funcionario para otorgar el permiso.

* Hasta por 3 días se puede otorgar por el Jefe Inmediato, superado este término, debe ser enviado a Secretaría General.

Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21 – Bogotá D.C. – Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

[Email: correspondencia@supernotariado.gov.co](mailto:correspondencia@supernotariado.gov.co)

Nit. 899999007-0