



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO POR CAPACITACIÓN

Expediente N°:		Fecha:	
Nombre y apellido.		Cédula de Identidad N°.	
Dependencia.		Tipo de Vinculación: Permanente <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/>	
Actividad Académica:		Ciudad.	País.
Solicitud de Permiso	Desde: / /	Hasta: / /	Total/días:
	Especificar fechas:		
Obs: Es obligatorio Adjuntar Programa y/o Calendario de Actividades			
Firma del Funcionario Solicitante		V°B° Jefe/a Sección y/o Servicio.	V°B° Jefe/a de Departamento
V°B° Director/a.		V°B° Director de Área: Interior/Central (salud) o Coordinador de Área	V°B° Gerente de Área o Coordinador
Documentación Respaldata: (Adjuntar calendario académico del evento, carta de invitación, otros -especificar-) 1 2 3			
OBS: Se tendrá en cuenta lo establecido en el Capítulo IV del Reglamento de Gestión de Becas. Plazo de presentación, desde la recepción en Mesa de Entrada Departamento Desarrollo del Talento Humano o el Departamento Gestión del Talento Humano Hospital Central (para funcionarios del Hospital Central y adyacencias). Eventos Nacionales e Internacionales: 15 (quince) días hábiles de anticipación			
El/La funcionario/a, se compromete a presentar al Departamento Desarrollo del Talento Humano o el Departamento Gestión del Talento Humano Hospital Central (para funcionarios del Hospital Central y adyacencias), dentro de los 15 días hábiles de haber concluido el evento de capacitación, una copia autenticada del certificado y/o constancia de participación u otro documento respaldatorio expedida por la entidad organizadora, el certificado digital, deberá contar con el código QR respectivo; caso contrario, será pasible de sanciones contempladas en las normativas vigentes y ninguna solicitud de permiso posterior serán procesadas hasta su regularización.			
Firma de conformidad del solicitante.			

Disposiciones Reglamentarias para Permiso por Capacitación/ Reglamento Interno Gestión de Becas en el IPS

USO EXCLUSIVO DIRECCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Fecha Procesamiento de solicitud	Tipo de Vinculación	Total días solicitados	PERMISO		TIPO DE PERMISO		Días utilizados	Saldo a utilizar	Resolución Tipo / Nro.
			Desde	Hasta	Con goce de sueldo	Sin goce de sueldo			

Observaciones:

Procesado por:	Verificado Por:	Firma Director de Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
----------------	-----------------	------------------------------------------------------------