|  |
| --- |
| **DIRECCION DE GESTION DE PERSONAS** |
| **FORMULARIO DE SUSPENSION DE VACACIONES** |
| **Fecha: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **DATOS DEL FUNCIONARIO** |
| **NOMBRE Y APELLIDO:**  |
| **C.I N°:**  |
| **CARGO** | **DEPENDENCIA** |
|  |  |
| **POR ESTE MEDIO SOLICITO LA SUSPENSIÓN DE VACACIONES CORRESPONDIENTES AL:** |
| **PERIODO** | **DESDE** | **HASTA** |
|  | **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **MOTIVO DE LA SUSPENSION**  |
|  |
|
| **SOLICITANTE****(FIRMA – ACLARACIÓN – SELLO)** | **AUTORIZACION SUPERIOR INMEDIATO****(FIRMA – ACLARACIÓN – SELLO)** |
| **MESA DE ENTRADA DIRECCION DE GESTION DE PERSONAS** |
| **FECHA:** | **N°.:** |
| **RECIBIDO POR:** |
| **ACLARACION:** |
| ***Elaborado: Leticia Urunaga Páez*** |