



## Solicitud de tiempo libre

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre de empleado: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

### **PTOs (Vacaciones/ Enfermedad/ Personal [sin paga])**

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Fecha de reincorporación al empleo: \_\_\_\_\_

Total de horas: \_\_\_\_\_

**Licencia Funeral** (hasta dos (2) días laborables consecutivos [lunes a viernes] sin paga por la muerte de un familiar inmediato (cónyuge, hijos, hermanos, padres)

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Total de horas: \_\_\_\_\_

**Jurado** (aplicable de acuerdo a la ley vigente.)

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Total de horas: \_\_\_\_\_

### **Otra**

Enfermedad de un familiar: (hasta [5] días con paga para atender cónyuge, hijos, o padres enfermos deberá dejar un balance no menor de [5] días y **presentar evidencia médica**)

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Total de horas: \_\_\_\_\_

Esta forma no debe ser usada para solicitar acomodo razonable. Los empleados deberán consultar a Recursos Humanos para solicitar la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de R.H.

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Original en el expediente del empleado y copia al empleado y a su supervisor.**

**Nota: Para cargos a enfermedad de tres días o más, se requiere certificado médico, excepto en los casos de COVID-19**