

REINTEGRO DE LICENCIA SIN SUELDO

DE ACUERDO A LA LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO QUE ME FUERA CONCEDIDA EN EL PERÍODO:
EN EL CARGO N° _____

			AL			
--	--	--	----	--	--	--

COMUNICO INTENCIÓN DE REINTEGRO A PARTIR DEL: FECHA | / /

FIRMA SOLICITANTE

ACLARACIÓN DE FIRMA

CÉDULA DE IDENTIDAD

FIRMA REFERENTE

ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA DIR. DEPARTAMENTO

ACLARACIÓN DE FIRMA

RECIBIDO EN OFICINA DE PERSONAL:

FIRMA

ACLARACION DE FIRMA

FECHA

CAMBIO DE CODIGO SALUD

BPS

FIRMA: _____

SIAP

FIRMA: _____