|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Fecha solicitud:*** | *DÍA* | *MES* | *AÑO* |
| ***Nombres completos del solicitante:*** |  |
| ***Documento de identidad:*** | *Tipo:* |  | *Número:* |  |
| ***Sede:*** |  |
| ***Programa académico:*** |  |
| ***Dedicación:*** | Tiempo completo |  | Medio tiempo |  | Cátedra |  |  |
| ***Correo electrónico:*** |  | ***Celular:*** |  |
| **Tipo de licencia solicitada ( *marque con una X por favor*):** |
|  | Licencia Remunerada |  | Licencia No Remunerada |
| **Actividad:** |
|  | Comisión |  | Curso |  | Seminario |  | Intercambio |
|  | Conferencia |  | Congreso |  | Pasantía |
|  | Otro: |
| ¿La solicitud está relacionada con proyectos de investigación? | SI |  | NO |  |  |
| **Información general de la solicitud** |
| ***Fecha inicio de la licencia solicitada:*** | *DÍA* | *MES* | *AÑO* |
| ***Fecha finalización de la licencia solicitada:***  | *DÍA* | *MES* | *AÑO* |
| * **Nota:** Asegúrese que la fecha de finalización de licencia solicitada, no exceda la fecha de finalización de su contrato.
 |
| ***Número de días de la licencia solicitada: (Hábiles)*** |  | * **Nota:** Tener presente que el día sábado es un día hábil institucional.
 |
| ***Lugar donde se llevará a cabo la actividad:*** | País |  | Ciudad |  |
| **Descripción de Solicitud de licencia/ permiso:** |
|  |
| **Descripción de los recursos financieros: *(si son solicitados)*** |
| ¿La solicitud implica rubros financieros? | SI |  | NO |  |  |
| Concepto |  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Plan de reposición de sus actividades de los días de la solicitud: *(Aplica solo en licencia remunerada)*** |
| *¿Recupera Tiempo?* | SI |  | NO |  |  |
| ***Registre aquí la programación de la recuperación:*** |
| ***Nota:*** *Tener presente que el tiempo de recuperación debe corresponder a la totalidad de las horas asignadas en el periodo solicitado.* |
| ***Firma Profesor*** | ***VoBo. Coord./ Dir. Académico*** |
|  |  |
| *Nombres y apellidos:* |  | *Nombres y apellidos:* |  |
| *CC:* |  | *Cargo:* |  |
| ***VoBo. Decano*** | ***VoBo Rector*** |
|  |  |
| *Nombres y apellidos:* |  |  |
| *Facultad:* |  | *Rector Universidad Antonio Nariño* |

* *Anexar soportes de la actividad por la cual solicitó la licencia / permiso.*