



**GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
SOLICITUD DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD,
MATERNIDAD Y ACCIDENTE**

F-GRH-UARH-22-1-5

DATOS DEL SOLICITANTE

1. Fecha solicitud _____ dd/mm/yyyy	2. Código Gafete _____
3. Primer Nombre _____	4. Segundo Nombre _____
5. Primer Apellido _____	6. Segundo Apellido _____
7. Teléfonos para contactar (Celular) _____	
8. Nombre Puesto Nominal _____	
9. Nombre Dependencia (Indique departamento y municipio) _____	

DATOS DE LA LICENCIA

10. Indique el tipo de licencia enfermedad maternidad accidente

11. Fecha de ingreso al OJ: _____

12. Fecha de inicio de suspensión según Certificado Medico: _____

13. Tiempo de suspensión según Certificado Medico: _____

14. Certifico que he leído y llenado todos los datos solicitados en este formulario a mi mejor saber y entender, y solicito que se le de tramite a mi solicitud

Firma solicitante _____

15. Certifico que he leído todos los datos del formulario y estoy de acuerdo para que el solicitante inicie el trámite indicado

Vo. Bo. Jefe Dependencia _____

Sello Dependencia

Nombre del Jefe Dependencia _____

Puesto del Jefe Dependencia _____

FUNDAMENTO LEGAL

Ley del Servicio Civil

Artículo 52. Clasificación de licencias. Los empleados y funcionarios del Organismo Judicial tienen derecho a licencias con o sin goce de salario, de conformidad con las siguientes normas, las que se establezcan en el reglamento respectivo y las contenidas en otras leyes especiales:

a) Licencias ordinarias con goce de salario, que conceden:

i. Por enfermedad, maternidad o accidente;

Pacto Colectivo

Artículo 38. LICENCIA POR SUSPENSIÓN MÉDICA. El Organismo otorgará licencia con goce de salario hasta un máximo de dos meses, en los casos de suspensión médica debidamente comprobada si el trabajador no estuviere protegido por el Régimen donde no exista cobertura de enfermedad común, por parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Recuerde adjuntar los siguientes documentos

- 1. Fotocopia de DPI
- 2. Certificado del Médico tratante con Timbre Médico Original.

Aviso importante: En caso de no adjuntar los documentos requeridos, no se recibirá la presente solicitud en la Unidad de Administración de Recursos Humanos

Sello de recibido en Administración de Recursos Humanos