# DIRECCIÓN NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS

## DEPARTAMENTO DE ACCIONES DE PERSONAL
## GUIA DE INGRESO DE REQUISITOS
## LICENCIA POR GRAVIDEZ

**La entrega de este formulario es de estricto cumplimiento y deberá incluirse con la documentación descrita en el mismo, cumpliendo con las características que se mencionan en cada uno.**
**Cada funcionario descrito en cada columna a continuación deberá completar la revisión de los documentos marcando con un gancho las casillas correspondientes.**

**OBSERVACIÓN: EL SERVIDOR PÚBLICO, LUEGO DE FINALIZADA LA LICENCIA DEBE LLENAR EL REINGRESO (FORMULARIO MODELO D).**

| DOCUMENTOS | SERVIDOR PÚBLICO | DIRECTORES DE ESCUELAS | FUNCIONARIO SEDE REGIONAL | FUNCIONARIO SEDE CENTRAL |
|---|---|---|---|---|
| 1. Formulario de Acción de Personal | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| (Formulario debe completarse con bolígrafo, completamente legible, sin borrar, sin sobrescribir y sin líquido corrector) | | | | |
| 2. Copia de Cédula (Vigente) (La copia de la Cédula debe ser clara y legible. Se debe presentar la original para corroborar la veracidad de la copia) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Copia del Carnet del Seguro Social (La Copia del Carnet del Seguro Social debe ser completamente legible. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Último Talonario de Pago (La copia del Talonario debe ser completamente legible) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Certificado de Embarazo homologado por la Caja de Seguro Social (Con sello de fiel copia de su original y copia clara) Nota: Para los casos de clínicas privadas e instituciones del Ministerio de Salud, deben ser homologados por la C.S.S. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**FIRMA DE CERTIFICACIÓN DE LA ENTREGA CORRECTA DE LA DOCUMENTACIÓN:**

1. **SERVIDOR PÚBLICO: _____ (Nombre con letra imprenta y legible)**

| FECHA DE ENTREGA | FIRMA | CÉDULA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

2. **DIRECTOR DE ESCUELA:_____ (Nombre con letra imprenta y legible)**

| FECHA DE ENTREGA | FIRMA | CÉDULA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

**3. FUNCIONARIO DE SEDE REGIONAL: _____(Nombre con letra imprenta y legible)**

| FECHA DE ENTREGA | FIRMA | CÉDULA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

**4. FUNCIONARIO DE SEDE CENTRAL: _____(Nombre con letra imprenta y legible)**

| FECHA DE RECIBIDO | FIRMA | CÉDULA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

**OBSERVACIÓN:** Administrativas: Tienen derecho a catorce (14) semanas pagadas por la Caja del Seguro Social.
Docentes: Tienen derecho a veinte (20) semanas, de las cuales catorce (14) las paga la Caja del Seguro Social y seis (6) semanas pagadas por el Ministerio. F.D. Artículo 215 de la Ley 47 de 1946, Orgánica de Educación.

**NOTA:** Si la docente o administrativa no cuenta con las nueve (9) cuotas continuas que establece la Caja del Seguro Social, será rechazada mediante Resolución por la C.S.S, no obstante el Ministerio de Educación asumirá la totalidad de la gravidez mediante un Resuelto.