AMERIMED Hospitals

SOLICITUD PASE DE SALIDA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

PERIODO DE TIEMPO SOLICITADO

FECHA: _____ NÚMERO DE HORAS: _____

DE LAS: _____ - _____

NÚMERO DE DÍAS: _____

DEL _____ AL _____

MOTIVO: _____

_____

_____

COBERTURA DE TURNO Nombre Fechas

(Llenar por Jefe de Área) _____

Firma : _____

AUTORIZACIÓN

JEFE DE ÁREA **SI** _____ **NO** _____

(Para llenado Jefe de Área)

CON GOCE DE SUELDO **SI** _____ **NO** _____

(Para llenado de la persona que autoriza en Administración)

SOLICITANTE	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRACIÓN
Firma Solicitud	Nombre y Firma Autorización	Nombre y Firma Enterado

F-005-SA

AMERIMED Hospitals

SOLICITUD PASE DE SALIDA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

PERIODO DE TIEMPO SOLICITADO

FECHA: _____ NÚMERO DE HORAS: _____

DE LAS: _____ A LAS: _____

NÚMERO DE DÍAS: _____

DEL _____ AL _____

MOTIVO: _____

_____

_____

COBERTURA DE TURNO Nombre Fechas

(Llenar por Jefe de Área) _____

Firma : _____

AUTORIZACIÓN

JEFE DE ÁREA SI _____ NO _____

(Para llenado Jefe de Área)

CON GOCE DE SUELDO SI _____ NO _____

(Para llenado de la persona que autoriza en Administración)

SOLICITANTE	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRACIÓN
Firma Solicitud	Nombre y Firma Autorización	Nombre y Firma Enterado

F-005-SA