AMERIMED

SOLICITUD DE AUSENTISMO

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)** _____

_____

**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

SOLICITUD DE AUSENTISMO

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)** _____

_____

**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 #