

FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE SALIDA

APELLIDOS Y NOMBRES:					
UNIDAD ORGÁNICA:					
<input type="checkbox"/> DESCANSO MÉDICO (incluir certificado)	<table border="1"><tr><td>DESDE: DÍA: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></td><td>HORA: <input type="text"/></td></tr><tr><td>HASTA: DÍA: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></td><td>HORA: <input type="text"/></td></tr></table>	DESDE: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/>	HASTA: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/>
DESDE: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		HORA: <input type="text"/>			
HASTA: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		HORA: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (adjuntar cita médica)					
<input type="checkbox"/> PERMISO PERSONAL O PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> COMISIÓN DE SERVICIO					
<input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN OFICIALIZADA					
<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE FAMILIAR DIRECTO					
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN HORAS EN EXCESO					
<input type="checkbox"/> OTROS _____					
DETALLE EL MOTIVO: _____					

_____	_____				
FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO	FIRMA DEL TRABAJADOR				

FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE SALIDA

APELLIDOS Y NOMBRES:					
UNIDAD ORGÁNICA:					
<input type="checkbox"/> DESCANSO MÉDICO (incluir certificado)	<table border="1"><tr><td>DESDE: DÍA: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></td><td>HORA: <input type="text"/></td></tr><tr><td>HASTA: DÍA: <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></td><td>HORA: <input type="text"/></td></tr></table>	DESDE: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/>	HASTA: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	HORA: <input type="text"/>
DESDE: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		HORA: <input type="text"/>			
HASTA: DÍA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		HORA: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA (adjuntar cita médica)					
<input type="checkbox"/> PERMISO PERSONAL O PARTICULAR					
<input type="checkbox"/> COMISIÓN DE SERVICIO					
<input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN OFICIALIZADA					
<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE FAMILIAR DIRECTO					
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN HORAS EN EXCESO					
<input type="checkbox"/> OTROS _____					
DETALLE EL MOTIVO: _____					

_____	_____				
FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO	FIRMA DEL TRABAJADOR				