


	FORMATO		Código:	FM-GAF-RRHH-07																																			
	PERMISO DE SALIDA		Versión:	2																																			
			Página:	1 de 1																																			
Nombres y Apellidos : _____ Cargo : _____ Área : _____ MOTIVO DE LA SALIDA			FECHA DE SALIDA / / DURACION DEL PERMISO (Solo por horas)																																				
<input type="checkbox"/> Comisión de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Cita Medica <input type="checkbox"/> Motivos Personales <input type="checkbox"/> Otros			COMPENSABLE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																				
COMPENSACIÓN DE HORAS <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Día</th> <th>Hora de Inicio</th> <th>Hora de Fin</th> <th>Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Fecha	Día	Hora de Inicio	Hora de Fin	Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS																															Salida: _____ Retorno: _____ Total: _____ JEFE INMEDIATO GERENTE SOLICITANTE	
Fecha	Día	Hora de Inicio	Hora de Fin	Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS																																			

	FORMATO		Código:	FM-GAF-RRHH-07																																			
	PERMISO DE SALIDA		Versión:	2																																			
			Página:	1 de 1																																			
Nombres y Apellidos : _____ Cargo : _____ Área : _____ MOTIVO DE LA SALIDA			FECHA DE SALIDA / / DURACION DEL PERMISO (Solo por horas)																																				
<input type="checkbox"/> Comisión de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Cita Medica <input type="checkbox"/> Motivos Personales <input type="checkbox"/> Otros			COMPENSABLE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																				
COMPENSACIÓN DE HORAS <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Día</th> <th>Hora de Inicio</th> <th>Hora de Fin</th> <th>Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Fecha	Día	Hora de Inicio	Hora de Fin	Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS																															Salida: _____ Retorno: _____ Total: _____ JEFE INMEDIATO GERENTE SOLICITANTE	
Fecha	Día	Hora de Inicio	Hora de Fin	Nº HORA EXTRAS COMPENSADAS																																			