



FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIAS

San Salvador, _____

Nombre del Empleado/a: _____

Cargo: _____

Código de empleado: _____

TIEMPO SOLICITADO

Jornada Completa: _____ Total: _____ día(s)
Fecha(s)

Jornada Incompleta: _____ Desde: _____ Hasta: _____ Total: _____
Fecha Hora Hora Horas Minutos

MOTIVO: _____

Firma del Solicitante

Comentarios del jefe inmediato: _____

Firma del Jefe Inmediato

Documentos justificativos que se entregan: _____

☐ Con Goce de Sueldo

☐ Sin Goce de Sueldo

AUTORIZADO

☐

DENEGADO

☐

No. Días _____ No. Horas _____ No. Minutos _____

Por

Gerente de Recursos Humanos