



SOLICITUD DE PERMISO
DE TRABAJO



NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

ÁREA O DEPENDENCIA: _____

FECHA DEL PERMISO:

HORA: FECHA INICIÓ FECHA FIN

MOTIVO:

CITA MÉDICA CITA PRIORITARIA CALAMIDAD DOMÉSTICA

COMITÉ SST COPASST

OTROS: CUÁL: _____

EL PERMISO ES REMUNERADO:

SI NO

AUTORIZADO POR

NOMBRE: _____

CC: _____

FIRMA: _____