



FORMULARIO DE REEMPLAZOS HOSPITAL PENCO-LIRQUÉN

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

UNIDAD DE COSTO	
------------------------	--

NOMBRE TITULAR:	
RUT TITULAR:	
CARGO:	

(Nombre y dos apellidos)

NOMBRE REEMPLAZANTE:	
RUT REEMPLAZANTE:	
CARGO:	

(Nombre y dos apellidos)

4° TURNO	
-----------------	--

Motivo Ausentismo:	
---------------------------	--

Horas Diurnas	
Horas Nocturnas	

Inicio Reemplazo	
Término Reemplazo	

Trabajo Pesado	SI	
	NO	

Subdirección Administrativa

CR. De las Personas

Jefe Directo

Recordar a las Unidades de Costo correspondiente que los formularios deben ser entregados los 03 días hábiles de cada mes a la unidad de Personal del establecimiento.