



SERVICIO SALUD TALCAHUANO  
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

Número Control Interno: \_\_\_\_\_/

## SOLICITUD USO DE HORAS CON DEVOLUCIÓN DE TIEMPO

Nombre: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Estamento: \_\_\_\_\_ Unidad de desempeño: \_\_\_\_\_

Día a Solicitar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

Día que Devolverá: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

Día que Devolverá: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

Día que Devolverá: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

Día que Devolverá: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

Día que Devolverá: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_ Hrs. (AM/PM) hasta: \_\_\_\_ Hrs (AM/PM)

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
VºB Jefe Directo

Uso Exclusivo del Depto. Gestión de las Personas:	VºB Revisor Personal
Total Horas Solicitadas:	
Total Horas Devueltas:	