



SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO  
HOSPITAL PENCO-LIRQUÉN  
**A. GESTIÓN DE LAS PERSONAS**

Número Control Interno: \_\_\_\_\_/

PENCO,

## **SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO**

### **CONSIDERACIONES:**

1. TODO FUNCIONARIO CONTARÁ CON LA POSIBILIDAD DE REALIZAR DOS CAMBIOS DE TURNO EN EL MES.
2. LOS CAMBIOS DE TURNO, SEÑALADOS EN EL PUNTO ANTERIOR, NO SON DE CARÁCTER ACUMULATIVO.
3. SE DESCOTARÁ ESTE CAMBIO DE TURNO TANTO AL SOLICITANTE COMO AL REEMPLAZANTE.
4. TODO CAMBIO DE TURNO DEBE SER FIRMADO POR EL SOLICITANTE Y EL REEMPLAZANTE, Y AUTORIZADO POR LA JEFATURA DIRECTA.
5. LA DEVOLUCIÓN DE TIEMPO DEBERÁ SER REALIZADA DENTRO DEL MISMO MES DE LA SOLICITUD.
6. SOLO ESTARÁN AUTORIZADOS A REALIZAR CAMBIOS DE TURNO AQUELLOS FUNCIONARIOS QUE SEAN CONTRATADOS Y TITULARES. REEMPLAZANTES NO CUENTAN CON ESTA POSIBILIDAD.
7. **ES RESPONSABILIDAD DE LOS CONTRAYENTES EL CUMPLIMIENTO DE EL PRESENTE CAMBIO DE TURNO.**

FUNCIONARIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ ESTAMENTO: \_\_\_\_\_

UNIDAD DE DESEMPEÑO: \_\_\_\_\_

TURNO A REEMPLAZAR: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO REEMPLAZANTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ ESTAMENTO: \_\_\_\_\_

DEVOLUCIÓN  
DE TURNO:

FECHA  
DEVOLUCIÓN:

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA REEMPLAZANTE

V° B° JEFE DIRECTO

V° B° U.CICLO LABORAL

