



Hospital de Santa Cruz
Sub. Gestión y Des. de las Personas
Oficina de Personal



ANEXO 15

FECHA: __/__/202__

SOLICITUD DE TURNOS EXTRAS

Se solicita cubrir turno extra para _____ (NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE CUBRE)
para cubrir el servicio de _____, el día __/__/202__ TURNO _____, por el siguiente
motivo (indicar nombre del funcionario) :

___ Feriado Legal de:

___ Permiso Administrativo de:

___ Licencia Médica de:

___ Descanso Reparatorio de:

___ Refuerzo de turno en Servicio o Unidad:

___ Traslado de paciente a:

___ Atención de paciente crítico:

___ Permiso Gremial:

___ Otro:

GUIA:

1. Cubrir de acuerdo I.O. (50% o más).
2. Redistribución de personal entre unidades.
3. Cubrir con personal diurno disponible.
4. Cubrir con personal suplente disponible.
5. Cubrir con personal del sistema de turno, no excediendo las 12 horas de trabajo continuo.
6. Reforzar Servicio por calidad de atención de los pacientes y/o paciente crítico.

FIRMA JEFE DIRECTO O SUPERVISOR