



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 7

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD DE REEMPLAZO

FUNCIONARIO A REEMPLAZAR: _____

CARGO: _____

DEPARTAMENTO: _____

JORNADA: DIURNO 4TO TURNO OTRO _____

TIPO DE AUSENTISMO:

PERIDO DE AUSENTISMO:

PERIODO DE ASUMO:

Nº DE DIAS:

SUGERENCIA: _____
NOMBRE COMPLETO

VºBº
JEFE DIRECTO

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

***Nota: 1 Funcionario Por Solicitud, Solo Periodos Mayor A 10 Días.
Los Reemplazantes No Son Reemplazables.**