



Hospital de Santa Cruz
Sub. Gestión y Des. De las Personas
Of. De Personal
OPD/TUV/RGO



CIRCULAR N° 13

10 JUL 2024

SANTA CRUZ, _____

CIRCULAR INFORMATIVA
ANEXOS FORMATOS Y FORMULARIOS OFICINA DE PERSONAL

DE: D. OSVALDO PONTIGO DONOSO

A: SUBDIRECTORES, JEFES DE SERVICIO, SUPERVISORES, ENCARGADOS DE DEPARTAMENTOS, FUNCIONARIOS.

Junto con saludar, La Dirección de Hospital de Santa Cruz junto con la SDGYDP, se informa que, a contar del 1 de agosto del 2024, se implementaran nuevos formatos de formularios de materias de la oficina de personal, por esto que los antiguos formularios quedaran obsoletos, desestimados y no serán recepcionados.

Los formularios serán difundidos a través de oficina de partes, correos masivos y pagina WEB HSC. Se sugiere que los formatos sean realizados de manera digital, si esto no es posible, que sea con letra legible; llenando todos los campos disponibles, la impresión debe ser en tamaño carta.

Los anexos son los siguientes:

1. Solicitud feriado legal
2. Solicitud permiso administrativo
3. Solicitud descanso reparatorio
4. Solicitud ley de urgencia
5. Solicitud devolución de tiempo
6. Solicitud cometido funcional
7. Solicitud de reemplazo
8. Solicitud permiso gremial
9. Permiso por fallecimiento familiar
10. Permiso sin goce de sueldo
11. Permiso matrimonio / unión civil
12. Permiso por nacimiento de hijo/a
13. Solicitud horario lactancia
14. Solicitud cambio horario
15. Solicitud de turno extra
16. Solicitud de trabajo extraordinario
17. Planilla de horas extras
18. Cambio de turno

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



OSVALDO PONTIGO DONOSO
DIRECTOR HOSPITAL SANTA CRUZ

DISTRIBUCION

- Dirección
- Departamentos y servicios HSC



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



ANEXO 1

FECHA: ___/___/202__

SOLICITUD FERIADO LEGAL:

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

- TITULAR
 - CONTRATA
 - HONORARIOS
- (Marque con una x)

POR

DÍAS

DESDE _____ HASTA _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

EL USO DEL FERIADO LEGAL ES POR DIAS HÁBILES



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 2

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD PERMISO ADMINISTRATIVO

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

<input type="checkbox"/>	TITULAR
<input type="checkbox"/>	CONTRATA
<input type="checkbox"/>	HONORARIOS
(Marque con una x)	

POR

DÍAS

DESDE _____

HASTA _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS



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



ANEXO 3

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD DESCANSO REPARATORIO

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

- TITULAR
 - CONTRATA
 - HONORARIOS
- (Marque con una x)

POR

DÍAS

DESDE _____ HASTA _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS



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



ANEXO 4

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD LEY DE URGENCIA

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

- TITULAR
 - CONTRATA
 - HONORARIOS
- (Marque con una x)

POR DÍAS

DESDE _____ HASTA _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS



FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD DEVOLUCION DE TIEMPO

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

TITULAR

CONTRATA

HONORARIOS

(Marque con una x)

POR EL DÍA _____ AL _____

(Marque con una X)

HORARIO	_____ DIA COMPLETO	_____ DIA PARCIAL
HORA INICIAL		
HORA FINAL		

 FIRMA FUNCIONARIO

 VºBº FIRMA Y TIMBRE
 JEFATURA DIRECTA

 VºBº
 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 6

FECHA: ___/___/202__

SOLICITUD COMETIDO FUNCIONAL

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

- TITULAR
 CONTRATA
 HONORARIOS
(Marque con una x)

Solicita Autorización Para Efectuar Cometido Funcional El Día ___/___/202__, En La Ciudad De _____,
Por El Siguiete Motivo:

•

***Nota: Se Debe Adjuntar Respaldo Correspondiente.**

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS



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



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.**



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



ANEXO 8

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD PERMISO GREMIAL

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ ESTAMENTO: _____ DEPARTAMENTO: _____

ORGANIZACIÓN GREMIAL: _____

Artículo 31 de la Ley N° 19.296

Todo/a dirigente/a gremial tiene derecho de hacer uso de los permisos indicados en la legalidad consistentes en al menos 22 horas semanales por cada director/a de una asociación de carácter nacional, u 11 horas por cada director/a de una asociación de carácter regional. El tiempo de los permisos semanales será acumulable por cada director/a dentro del mes calendario correspondiente, y cada director/a podrá ceder a uno o más de los restantes la totalidad o parte del tiempo que le correspondiere, previo aviso escrito a la jefatura superior de la respectiva repartición.

PERIODO	
DESDE	HASTA

- 44 HORAS
- 33 HORAS
- 22 HORAS
- 11 HORAS

 FIRMA
 DIRIGENTE GREMIAL

 DIRECTOR
 HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 9

PERMISO POR FALLECIMIENTO FAMILIAR

FECHA: ___/___/___

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso por fallecimiento de familiar de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : ___/___ al ___/___ del año 202_

PARENTESCO (MARQUE CON UNA X)

- PADRE / MADRE
- CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL
- HIJO/A
- HERMANO/A

* NOTA: En todos los casos se debe adjuntar certificado de defunción.

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

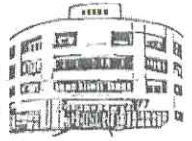
VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

VºBº
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 10

PERMISO SIN GOCE DE SUELDO

FECHA: ___/___/___

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso sin goce de sueldo de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, por motivos _____ para hacerlo efectivo entre los días : ___/___ al ___/___ del año 202_.

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

VºBº
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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



ANEXO 11

PERMISO MATRIMONIO / UNION CIVIL

FECHA: ___/___/___

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso de matrimonio/ unión civil de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : ___/___ al ___/___ del año 202_.

*** NOTA: Se debe adjuntar certificado de reserva de hora. Posteriormente a la solicitud, deberá enviar certificado de matrimonio.**

 FIRMA FUNCIONARIO

 VºBº FIRMA Y TIMBRE
 JEFATURA DIRECTA

 VºBº
 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

 VºBº
 DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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



ANEXO 12

PERMISO POR NACIMIENTO DE HIJO/A

FECHA: __/__/__

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito hacer uso del permiso por nacimiento de hijo/a por lo estipulado en la normativa vigente, para hacerlo efectivo entre los días : __/__/__ al __/__/__ del año 202_.

*** NOTA: Se debe adjuntar certificado de nacimiento.**

 FIRMA FUNCIONARIO

 VºBº FIRMA Y TIMBRE
 JEFATURA DIRECTA

 VºBº
 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

 VºBº
 DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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



ANEXO 13

SOLICITUD HORARIO DE LACTANCIA

FECHA: __/__/__

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito autorización para hacer uso del horario de lactancia de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, según la siguiente distribución:

***JORNADA** (MARCAR CON UNA X).

___ DIURNA
DISTRIBUCIÓN

___ 4° TURNO
DISTRIBUCIÓN

___ OTRO
DISTRIBUCIÓN

 FIRMA FUNCIONARIO

 VºBº FIRMA Y TIMBRE
 JEFATURA DIRECTA

 VºBº
 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

 VºBº
 DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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

Hospital Santa Cruz
Colchagua



ANEXO 14

SOLICITUD CAMBIO DE HORARIO

FECHA: ___/___/___

Yo _____ Rut: _____

Calidad Jurídica _____ Cargo _____ Departamento _____

Solicito autorización para realizar cambio de horario de la jornada laboral, a contar del ___/___/___,

según la siguiente distribución:

DIA	DISTRIBUCIÓN HORARIA
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS

VºBº
DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ



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



SOLICITUD DE TRABAJO EXTRAORDINARIO

Jefe(a) Solicitante :	
A :	DIRECTOR HSC

EL JEFE(A) QUE SUSCRIBE, SOLICITA A UD., AUTORIZAR AL/A LA FUNCIONARIO QUE SE INDIVIDUALIZA, LA RELACIÓN DEL TRABAJO EXTRAORDINARIO QUE SE SEÑALA, EN EL PERIODO Y HORARIO QUE SE INDICA:

IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA FUNCIONARIO(A):

Cedula de Identidad	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Departamento/Unidad	Estamento	Grado

Trabajo Extraordinario Diurno a Realizar

- JUSTIFICAR MOTIVO HORAS EXTRAS DIURNAS

Periodo	
Desde	Hasta

Horas Extras Diurnas Solicitadas	
Compensadas	Con Recargo en Remuneraciones

Trabajo Extraordinario Nocturno a Realizar

- JUSTIFICAR MOTIVO HORAS EXTRAS NOCTURNAS

Periodo	
Desde	Hasta

Horas Extras Nocturnas Solicitadas	
Compensadas	Con Recargo en Remuneraciones

FIRMA Y TIMBRE DEL JEFE/A SOLICITANTE



PLANILLA HORAS EXTRAS

NOMBRE: _____ RUT: _____
 CARGO: _____ GRADO: _____ CALIDAD JURIDICA: _____
 UNIDAD: _____ MES: _____ AÑO: _____

DIA	HORARIO DE TRABAJO	DIURNO	NOCT.Y FEST	TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

TOTAL				
-------	--	--	--	--

x _____
FIRMA JEFE DIRECTO

x _____
FIRMA INTERESADO



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



ANEXO 18

SOLICITUD CAMBIO DE TURNO

FECHA: __/__/__

Yo _____ Rut: _____

Cargo _____ Departamento _____

Solicito autorización para realizar cambio de turno, el día __/__/__, Turno _____

El cambio se realizará con:

Nombre y Apellido _____ Rut: _____

Cargo _____ Departamento _____ correspondiente al día
__/__/__, Turno _____

FIRMA FUNCIONARIO

VºBº FIRMA Y TIMBRE
JEFATURA DIRECTA

VºBº
SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS