



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



ANEXO 5

FECHA: ___/___/202_

SOLICITUD DEVOLUCION DE TIEMPO

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____ CARGO: _____ DEPARTAMENTO: _____

<input type="checkbox"/>	TITULAR
<input type="checkbox"/>	CONTRATA
<input type="checkbox"/>	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