

**SOLICITUD DE REEMPLAZO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio Solicitante** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Funcionario Ausente** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Funcionario Reemplazante** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estamento** | Técnico |   | Auxiliar |   |
| Administrativo |   | Profesional |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Labores que realiza funcionario ausente** |  |
| **Lugar de Trabajo del Reemplazo** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Causa Ausentismo** | Feriado Legal |  | Licencia Medica |  |
| P. Administrativo |  | P. sin goce sueldo |  |
| Otro (detallar) |  | CARGO VACANTE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha Inicio de Ausentismo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Días duración reemplazo solicitado** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Inicio Reemplazo** |  | **Fecha Termino Reemplazo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horario de trabajo** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **La ausencia se puede cubrir con otro funcionario de la unidad o establecimiento** | **SI** |  | **NO** |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre y firma Jefe Servicio V° B° Jefe RRHH**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VºBº Subdireccion Administrativa V° B° Director Hospital Lebu**