



Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Metropolitano Occidente  
Hospital Félix Bulnes Cerda  
Subdirección Gestión de las Personas  
Departamento de Personal



UNIDAD/DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

## CAMBIO DE TURNO

Nombre solicitante : \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Nombre Aceptante : \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

### FECHAS CAMBIO DE TURNO

Fecha Cambio Turno : \_\_\_\_\_

Fecha Devolución de Turno: \_\_\_\_\_

### TIPO DE TURNO

Día Noche

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma Aceptante

\_\_\_\_\_  
Jefe Directo

❖ **NOTA:**

El cambio de turno debe enviarse antes de la ejecución de este, mínimo 24 horas antes.