AMERIMED Hospitals

SOLICITUD DE CAMBIO DE GUARDIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

TURNO EN EL QUE SOLICITA CAMBIAR

DÍA _____ DE LAS: _____ A LAS: _____

MOTIVO: _____

_____

_____

PERSONA(S) QUE CUBRIRÁ(N) TURNO

NOMBRE _____ FIRMA _____

FECHA _____

(Este formato NO será válido si no cuenta con la FIRMA de quien cubrirá el turno solicitado)

PAGO DE GUARDIA: Efectivo ☐ Tiempo ☐

TURNO EN EL QUE REPONDRÁ EL CAMBIO (En caso de pago con Tiempo)

DÍA _____ DE LAS: _____ A LAS: _____

AUTORIZACIÓN

JEFE DE ÁREA **SI** _____ **NO** _____

(Para llenado Jefe de Área)

SOLICITANTE	SUPERVISOR	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRACIÓN
Firma Solicitud / Enterado	y Firma Autorización	Nombre y Firma Autorización	Nombre y Firma Enterado

F-006-SG

AMERIMED Hospitals

SOLICITUD DE CAMBIO DE GUARDIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

TURNO EN EL QUE SOLICITA CAMBIAR

DÍA _____ DE LAS: _____ A LAS: _____

MOTIVO: _____

_____

_____

PERSONA(S) QUE CUBRIRÁ(N) TURNO

NOMBRE _____ FIRMA _____

FECHA _____

(Este formato NO será válido si no cuenta con la FIRMA de quien cubrirá el turno solicitado)

PAGO DE GUARDIA: Efectivo ☐ Tiempo ☐

TURNO EN EL QUE REPONDRÁ EL CAMBIO (En caso de pago con Tiempo)

DÍA _____ DE LAS: _____ A LAS: _____

AUTORIZACIÓN

JEFE DE ÁREA SI _____ NO _____

(Para llenado Jefe de Área)

SOLICITANTE	SUPERVISOR	JEFE DE ÁREA	ADMINISTRACIÓN
Firma Solicitud / Enterado	y Firma Autorización	Nombre y Firma Autorización	Nombre y Firma Enterado

F-006-SG