

|                                                                                       |                                                                  |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|       | <h2>SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO<br/>PERSONAL DE ENFERMERIA</h2> |  |
| Codigó: F-M-URG-004      Versión: 001      Fecha de creación: 22/ABRIL/2024           |                                                                  |                                                                                     |
| <b>FECHA DE RADICACION</b>                                                            |                                                                  |                                                                                     |
| DIA:      MES:      AÑO:                                                              |                                                                  |                                                                                     |
| CARGO:      AREA/SUPERVISOR:                                                          |                                                                  |                                                                                     |
| NOMBRE DEL COLABORADOR QUE CUBRIRIA EL TURNO:                                         |                                                                  |                                                                                     |
| CC:      CARGO:                                                                       |                                                                  |                                                                                     |
| FECHA DE CAMBIO DE TURNO                                                              |                                                                  |                                                                                     |
| DIA:      MES:      AÑO:                                                              |                                                                  |                                                                                     |
| <b>MOTIVOS DEL CAMBIO DE TURNO</b>                                                    |                                                                  |                                                                                     |
| CITAS MEDICAS <input type="checkbox"/> DILIGENCIA PERSONALES <input type="checkbox"/> |                                                                  |                                                                                     |
| CALAMIDAD DOMESTICA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>           |                                                                  |                                                                                     |
| ¿CUAL?                                                                                |                                                                  |                                                                                     |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:                                                               |                                                                  |                                                                                     |
| NOMBRE DEL COLABORADOR:                                                               |                                                                  |                                                                                     |
| FIRMA DE AUTORIZACION DEL JEFE INMEDIANTO:                                            |                                                                  |                                                                                     |

|                                                                                       |                                                                  |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <h2>SOLICITUD DE CAMBIO DE TURNO<br/>PERSONAL DE ENFERMERIA</h2> |  |
| Codigó: F-M-URG-004      Versión: 001      Fecha de creación: 22/ABRIL/2024           |                                                                  |                                                                                       |
| <b>FECHA DE RADICACION</b>                                                            |                                                                  |                                                                                       |
| DIA:      MES:      AÑO:                                                              |                                                                  |                                                                                       |
| CARGO:      AREA/SUPERVISOR:                                                          |                                                                  |                                                                                       |
| NOMBRE DEL COLABORADOR QUE CUBRIRIA EL TURNO:                                         |                                                                  |                                                                                       |
| CC:      CARGO:                                                                       |                                                                  |                                                                                       |
| FECHA DE CAMBIO DE TURNO                                                              |                                                                  |                                                                                       |
| DIA:      MES:      AÑO:                                                              |                                                                  |                                                                                       |
| <b>MOTIVOS DEL CAMBIO DE TURNO</b>                                                    |                                                                  |                                                                                       |
| CITAS MEDICAS <input type="checkbox"/> DILIGENCIA PERSONALES <input type="checkbox"/> |                                                                  |                                                                                       |
| CALAMIDAD DOMESTICA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>           |                                                                  |                                                                                       |
| ¿CUAL?                                                                                |                                                                  |                                                                                       |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:                                                               |                                                                  |                                                                                       |
| NOMBRE DEL COLABORADOR:                                                               |                                                                  |                                                                                       |
| FIRMA DE AUTORIZACION DEL JEFE INMEDIANTO:                                            |                                                                  |                                                                                       |