****

**FORMULARIO JUSTIFICACION DE NO MARCACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** |  |
| **RUN N°** |  |
| **CARGO** |  |
| **UNIDAD O SERVICIO** |  |
| **CALIDAD JURIDICA** |  |
| **HORARIO PROGRAMADO** | **INDICAR SI ES JORNADA DIURNA O DE TURNO, SI ES TURNO INDICAR SI ES TERCERO O CUARTO TURNO.** |

**MOTIVOS**

|  |
| --- |
|  |

1. **OLVIDO INVOLUNTARIO :**

**No se marca:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **Entrada Salida Ambos**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Indicar Fecha del Evento: Hora:**

|  |
| --- |
|  |

1. **NO RECONOCIMIENTO DE LA HUELLA:**

(Sí, este es el caso, el formulario deberá derivarse a la Unidad de Planificación para la revisión del enrolamiento del funcionario (a)

**No se marca:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **Entrada Salida Ambos**

 **OBSERVACIONES DE LA U. ASESORA PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE RRHH (SOLO MOTIVO “NO RECONOCIMIENTO DE HUELLA”)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

FIRMA Y TIMBRE U. A. PLANIFICAICÓN Y CONTROL DE RRHH

|  |
| --- |
|  |

 **FECHA DE SOLICITUD:**

FIRMA FUNCIONARIO

FIRMA JEFE DE SERVICIO

FIRMA SUPERVISORA

|  |
| --- |
| Este formulario debe remitirse al Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas y Ciclo de Vida laboral del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, hasta los cinco primeros días de cada mes. El incumplimiento de los plazos establecidos dará inicio a la aplicación del articulo 72 del Estatuto Administrativo. |