



Universidad
ARTURO PRAT
del Estado de Chile
DIRECCION DE GESTION DE PERSONAS

SOLICITUD CAMBIO DE HORARIO GEDO CONTRATO

FECHA	
RUT SOLICITANTE	
NOMBRE	
DEPENDENCIA	
INDICAR JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD	
FECHA INICIO NUEVO HORARIO	

TIPO CONTRATO: Jornada Completa Media Jornada Horas

HORARIO ACTUAL	JORNADA MAÑANA	JORNADA TARDE
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
TOTAL HORAS SEMANALES		

HORARIO A MODIFICAR	JORNADA MAÑANA	JORNADA TARDE
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
TOTAL HORAS SEMANALES		

FIRMA FUNCIONARIO

NOMBRE y FIRMA JEFATURA DIRECTA

Nota: Se deja constancia que el proceso de validación de esta solicitud, se realizará en un plazo mínimo de 3 días, por lo cual, se agradece tomar los resguardos necesarios para su correcta tramitación y posterior curso en sistema.