



## RESOLUCIÓN EXENTA N°

Santiago,

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **R.U.N.** \_\_\_\_\_

**PLANTA** \_\_\_\_\_ **GR / HRS** \_\_\_\_\_

**SERVICIO / UNIDAD DE DESEMPEÑO** \_\_\_\_\_

**NORMAS LEGALES:** Lo dispuesto en la Ley N° 18.834/89; Decreto Ley N° 2763, de 1979, Ley 19937/04; Decreto Supremo N° 140/04 del Ministerio de Salud; Resolución N° 1.600/08 de Contraloría General de la República; y en uso de las facultades delegadas según Resol. 2593/95, 304/01, 1017/21 de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

**DESCANSO COMPENSATORIO**

**(Art. 1° y 2° de la Ley 19.264/93)**

**Por** \_\_\_\_\_ **Día (s)** \_\_\_\_\_ **Desde** \_\_\_\_\_ **Hasta** \_\_\_\_\_

**FECHA SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

\_\_\_\_\_  
**Firma Interesado**

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

\_\_\_\_\_  
**Subdirector**