



Ministerio de Salud
 Servicio Salud Iquique.
 Hospital Dr. E. Torres G.



SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
 DEPARTAMENTO GESTION DE PERSONAS
 FCS/MTS/msm.

DECLARACION

Por la presente yo, _____,

RUT _____, Pertenciente a la Planta _____,

Calidad _____ con funciones en _____

del Hospital Dr. "E. Torres G". de Iquique declara:

Que, he tomado conocimiento de la Ley N° 19.264 de fecha 3 de Noviembre de 1993 del Ministerio de Salud, que establece beneficios a los funcionarios de los Servicios de Salud que laboran efectiva y permanentemente en su puestos de trabajo que requieren atención las 24 horas del día en sistema de turnos rotativos nocturnos y en días sábado, domingos y festivos, en Servicios de Emergencia, Unidad de Servicio Obstetricia, Unidades de Recepción Pre Parto, Parto Pabellón, Recuperación, Recién Nacido Inmediato, Aislamiento y Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Anestesia y Pabellones Quirúrgicos, Servicio de Neonatología, Sedile, Servicios de Apoyo Clínicos: Laboratorio Clínico, Unidad de Medicina Transfusional, Imagenología, UHCIP Infancia - Adulto, UPCA, UPCP y Emergencia.

_____ 1.- Que, de acuerdo al Artículo 3 de la citada Ley opto por el siguiente beneficio que regirá a contar del _____.

_____ 2.- Descanso Compensatorio Especial de 10 días hábiles al año, con goce de remuneraciones y compatible con el feriado legal.

El incremento de la asignación permanente mensual que le corresponda según planta mensual y equivalente al año.

Que lo anterior lo efectúo a fin de dar cumplimiento al Art. 3 transitorio de la ley 19.264/93.

Constancia firmó

NOMBRE - RUT