



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

SDGCP

PASE A: *Supervisoras*

PARA: *T.C y aceptación de permisos*

FECHA: *28/4/20*



DIRECCION HOSPITAL DR. E. TORRES G.
SUBD. GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
RR/LGE/DAR/dar



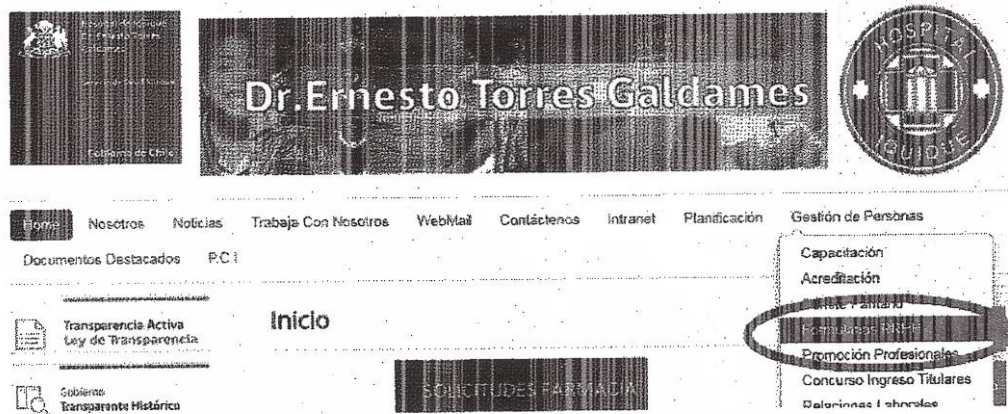
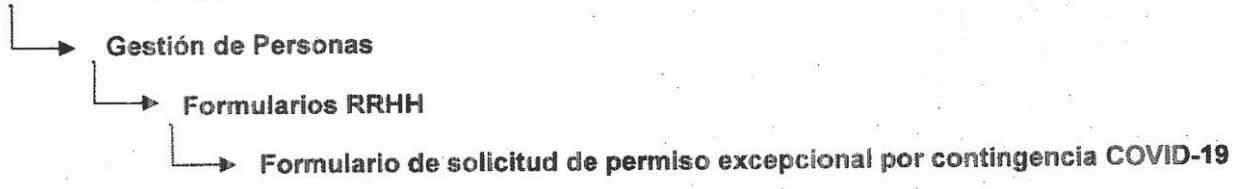
CIRCULAR N° **018** /2020

27 ABR 2020

SOLICITA FORMULARIO PARA REGULARIZACION DE PERMISO EXCEPCIONAL POR CONTINGENCIA COVID-19

Con el objeto de regularizar mediante el pertinente acto administrativo e informar de las medidas llevadas a cabo en este establecimiento asistencial a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, conforme a las instrucciones emanadas en el Instructivo Presidencial N° 03, de 2020 y Ord. N° 429, de 2020 del Servicio Civil, se solicita a los Jefes y Supervisoras de Unidades, Servicios y Departamento, respaldar los permisos excepcionales que el personal ha solicitado, debiendo entregar de manera directa el formulario que se adjunta a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, y que, se encuentra disponible en la página web del hospital:

www.hospitaliquique.cl



Lo señalado, tiene fecha máxima de entrega el 30 de abril de 2020.

Agradeciendo dar la mayor difusión a las medidas entregadas.



[Handwritten signature]

**DR. RAÚL ROMERO LAMAS,
DIRECTOR (S),
HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES, DE IQUIQUE.**

DISTRIBUCION

- Dirección Hospital
- Subdirección Gestión Médica
- Subdirección Desarrollo y Gestión de las personas
- Subdirección Gestión Cuidado del Paciente
- Subdirección Administrativa Institucional
- Jefaturas y Supervisores de Departamentos, Sub Departamentos, Centros de Responsabilidad Clínicos y Centros de Responsabilidad de Apoyo Clínico.
- Unidad Gestión del Personal – Asesoría Jurídica – Auditoría.
- Oficina de Partes.



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE



HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES IQUIQUE
SUBD. GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PSONAS

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO EXCEPCIONAL POR
CONTIGENCIA COVID-19**

NOMBRE		RUT	
CARGO		CALID. JURIDICA	
E- MAIL PERSONAL		FONO CONTACTO	
SD/DEPTO./UNID.		JORNADA	
DOMICILIO		COMUNA	
FECHA DESDE		FECHA HASTA	08/05/2020

CAUSAL DE OTORGACIÓN (Marque con X)	PERSONAL GRUPO DE RIESGO CON DIABETES MAL COMPENSADA ENTRE 60 Y 69 AÑOS	
	PERSONAL GRUPO DE RIESGO INMUNODEPRIMIDA	
	PERSONAL GRUPO DE RIESGO ENFERMEDAD CARDIACA 60 Y 69 AÑOS	
	PERSONAL GRUPO DE RIESGO ENFERMEDAD PULMONAR 60 Y 69 AÑOS	
	PERSONAL GRUPO DE RIESGO MAYOR DE 70 AÑOS	
	PERSONAL CON ORDEN DE CUARENTENA PREVENTIVA AUTORIDAD SANITARIA	
	PERSONAL SIN REDES DE APOYO PARA CUIDADO DE HIJOS	
	PERSONAL EMBARAZADA	
	PERSONAL TRABAJO REMOTO MODALIDAD DE TURNOS DE TRABAJO	
	OTRO CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA	

(Adjuntar documentación de respaldo).

TAREAS A REALIZAR DURANTE EL TRABAJO REMOTO (DEBE CONSENSUADO POR JEFE DIRECTO)

(Adjuntar documentación explicativa, si recuadro no es suficiente).

* Si la jefatura estima que las funciones del solicitante no son indispensables, debe argumentar.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR (INDICAR LOS MEDIOS DE VERIFICIÓN Y LA PERIODICIDAD)

Firma del Funcionario(a)

V°B° Jefe o Supervisor(a)

V°B° Subdirector(a) de servicio solicitante

FECHA EMISIÓN