



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



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

CIRCULAR N° 033 /2020

IQUIQUE, 19 JUN 2020

**INFORMA SOBRE SOLICITUD PERMISO POR SOSPECHA O CUARENTENA COVID-19
PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS DEL
HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES DE IQUIQUE**

En relación a las ausencias del personal Titular, Contrata y Honorario suma alzada producto de aislamiento preventivo por sospecha de contagio o cuarentena obligatoria por casos positivos de COVID-19, es necesario entregar las siguientes indicaciones para efectos del respaldo de dichos ausentismos:

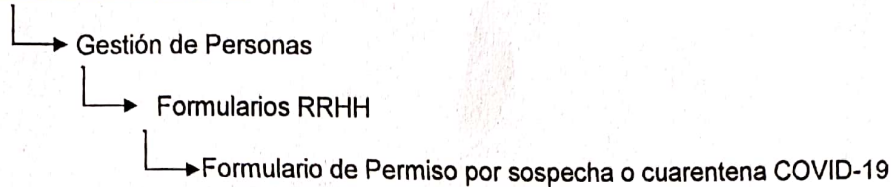
- Los jefes o supervisoras directas deberán cursar este permiso por sospecha o cuarentena COVID-19, según situación contractual del personal, ya sea este Titular, Contrata u Honorario suma alzada, en donde se debe asegurar que este último tendrá derecho a mantener sus remuneraciones.

Las causales de este permiso son las siguientes:

- Para funcionarios/as sintomáticos o con sospecha de contagio, a la espera de toma de muestra y aislamiento hasta obtención de resultados: corresponde a un permiso transitorio que inicia desde el momento del aislamiento hasta el resultado de la muestra, puede ser entre 2 a 5 días dependiendo de la demora del resultado (Aplica para todo el personal).
- Cuarentena obligatoria por confirmación positivo COVID-19: Corresponde un permiso para ser efectiva tal disposición que determina la Seremi de Salud (14 días), pudiendo extenderse tal situación según las orientaciones que entregue esa entidad. (Aplica sólo para el personal honorario, funcionario/a titular o contrata aplica licencia médica).

- Sólo se autoriza permiso a contar del 05 de febrero del 2020 en adelante, según instrucción Ministerial".
- Por todo lo anterior, se solicita a los Jefes y Supervisoras de Unidades, Servicios y Departamento, respaldar los permisos por sospecha o cuarentena COVID-19 que el personal ha tenido, debiendo entregar de manera directa el formulario que se adjunta al Departamento de Gestión de las Personas, el que se encuentra disponible en la página web del hospital:

www.hospitaliquique.cl



Agradeciendo dar la mayor difusión a las medidas entregadas.
Atentamente,

The image shows a handwritten signature in blue ink and a circular official stamp. The stamp contains the text: 'HOSPITAL DOCTOR ERNESTO TORRES GALDAMES, IQUIQUE' around the perimeter and 'DIRECTOR' in the center.

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

13.2 PERMISO POR SOSPECHA O CUARENTENA COVID-19 (SOLICITUD PERMISO POR ALERTA SANITARIA)

SD. GESTIÓN Y DESARROLLO D.L.P./

SOLICITUD PERMISO POR SOSPECHA O CUARENTENA

APELLIDOS Y NOMBRES	
R.U.T. N°	
CARGO	<input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> MEDICO
GRADO - HORAS	
CALIDAD JURÍDICA	<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> CONTRATA <input type="checkbox"/> HONORARIO
ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES, IQUIQUE	

AUTORIZA: PERMISO POR SOSPECHA O CUARENTENA

"Sólo se autoriza permiso a contar del 05-02-2020 en adelante, según instrucción Ministerial".

CAUSAL DE OTORGACIÓN (Marque con X)	(1) Funcionarios/as sintomáticos o con sospecha de contagio, a la espera de toma de muestra y aislamiento hasta obtención de resultados.	
	(2) Cuarenta obligatoria por confirmación positivo COVID-19.	

(1) Corresponde a un permiso transitorio que inicia desde el momento del aislamiento hasta el resultado de la muestra, puede ser entre 2 a 5 días dependiendo de la demora del resultado. (Aplica para todo el personal).

(2) Corresponde un permiso para ser efectiva la cuarenta obligatoria que determina la Seremi de Salud (14 días), pudiendo extenderse la cuarenta según las orientaciones que entregue esa entidad. (Aplica sólo para el personal honorario, funcionario/a titular o contrata aplica licencia médica).

POR: días, desde el: al

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DE JEFATURA C.R. Ó SUPERVISOR(A) SOLICITANTE FECHA: ___/___/___	RECEPCIONADO POR NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DEPTO. GESTION DE LAS PERSONAS FECHA: ___/___/___
---	--