|  |
| --- |
| **JUSTIFICACIÓN POR COVID-19** |
|  |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha: | Día\_\_\_\_\_\_ | Mes \_\_\_\_\_\_ | Año\_\_\_\_\_\_ | Unidad Académica/ Administrativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | C.I.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **Señale con un cotejo el tipo de justificación que corresponde:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | COVID POSITIVO |  | CONTACTO CON FAMILIAR COVID |  | CONTACTO CON ALGUIEN COVID POSITIVO |  |  |   Que el colaborador administrativo (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con cédula de identidad personal N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se justifican \_\_\_\_\_\_ días de cuarentena estipulados por la COVID-19, del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  **El formulario debe ir acompañado por la constancia de cumplimiento de cuarentena por sospecha o exposición, relacionado con COVID-19 expedido por el Ministerio de Salud.**  **Fundamento legal:** Decreto Ejecutivo N°. 504 de 23 de marzo de 2020. Que establece disposiciones sobre medidas de cuarentena y/o aislamiento que se ordene a las personas diagnosticadas como casos sospechosos o positivos por COVID-19. Ministerio de Salud, Artículo 2.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Clínica Universitaria |  |  | Salud Ocupacional |  | |  |  |  |  |  | |