|  |
| --- |
| **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  |  |
|  |  |  |  |  |

 |