

La presente carta informativa debe ser completada por cada docente, previo al inicio a las actividades presenciales y será requisito indispensable para el ingreso al Instituto Profesional Esucomex.

NOMBRE DEL DOCENTE: _____

CARRERA: _____

El INSTITUTO PROFESIONAL ESUCOMEX se encuentra autorizado por el Ministerio de Educación para realizar ciertas actividades educacionales presenciales. Los docentes por medio de este documento manifiestan su decisión voluntaria e informada respecto de su asistencia a las actividades presenciales. En virtud de lo anterior, el docente que suscribe este documento declara lo siguiente:

1. Me comprometo a informar si formo parte de grupos de riesgo de contagio (personas con enfermedades crónicas cardiovasculares o respiratorias, diabetes, hipertensión arterial u otra inmunosupresión específica). Para dichos efectos deberá dirigir un correo informando la situación a la Directora de Docencia Srta. Daniela Ojeda al correo: daniela.ojeda@esucomex.cl. En el caso que el docente conviva con grupos de riesgo de contagio, declara que tomará los debidos resguardos a este respecto.

2. Que el docente no asistirá al Instituto Profesional Esucomex si presenta UNO O MÁS de los siguientes síntomas:

- Fiebre (37,8 °C o más)
- Escalofríos
- Tos
- Cefalea o dolor de cabeza
- Disnea o dificultad respiratoria
- Diarrea
- Pérdida brusca del olfato (anosmia) y/o del gusto (ageusia)
- Dolor torácico
- Dolor de garganta al comer o tragar fluidos
- Mialgias o dolores musculares
- Cualquier otro síntoma que pudiera estar asociado con el COVID-19, debiendo dar aviso su respectivo profesor(a) jefe.

3. El docente declara que no asistirá al Instituto si ha estado en contacto estrecho con alguien con Covid-19. Se entiende por contacto estrecho aquella persona que ha estado en contacto con un caso confirmado con Covid-19, entre 2 días antes del inicio de síntomas y 14 días después del inicio de síntomas del enfermo. En el caso de una persona que no presente síntomas, el contacto deberá haberse producido durante los 14 días siguientes a la toma del examen PCR. Debe dar aviso de esto a la Dirección de Sede. En tal caso, el docente no podrá concurrir al Instituto sino transcurridos 14 días desde el término del contacto estrecho, aun cuando cuente con PCR negativo. A partir del día de hoy y mientras dure la crisis sanitaria Covid-19, si entre los miembros de su grupo familiar, o alguna de las personas que viven en su casa, se diagnostica un caso positivo Covid-19 (sintomático o asintomático), el docente debe dar aviso de inmediato a Daniela Ojeda, Directora de Docencia al siguiente mail: daniela.ojeda@esucomex.cl. En base a esta información, el Instituto hará un nuevo plan de actividades para los alumnos(as) del nivel involucrado.

4. Si la temperatura es mayor o igual que 37,5 grados, el docente no podrá ingresar al establecimiento.

5. Se comprometo a dar cumplimiento a las medidas sanitarias y de prevención obligatorias contenidas en el Protocolo de Retorno de Docentes del Instituto Profesional Esucomex, informado mediante comunicado oficial. Documento que se envió y que se encuentra en la página web de la institución. Conforme a este protocolo será obligatorio:

- Uso de mascarillas en todo momento.
- Cumplir con las medidas para el ingreso y salida al establecimiento.
- Higiene de manos, con alcohol gel en la entrada de las clases y pasillos y turnos.
- Cumplir con las medidas de control en distanciamiento social en todo momento.
- Evitar contacto físico.
- Cuidar la señalética e infraestructura dispuesta en los protocolos sanitarios del Instituto.
- No compartir materiales, ni alimentos.

6. El docente declara que el incumplimiento de cualquiera de las medidas enumeradas en el punto 5 precedente facultará a la Dirección de Sede o cualquier autoridad del Instituto solicitar hacer abandono de la actividad o a poner término a ésta si fuera necesario.

7. Declara conocer que su asistencia a la actividad presencial en la institución, es voluntaria, toda vez, que se realizarán en diversas oportunidades, según programación de la carrera.

Acepto los términos y condiciones de asistencia. _____

FIRMA DEL DOCENTE: