



PROVINCIA DE SANTA FE  
MINISTERIO DE SALUD



## INSTRUCTIVO

### SIMPLIFICACIÓN GESTIÓN DE REEMPLAZOS

El Ministerio de Salud está llevando adelante un proceso de simplificación y mejora de sus procedimientos administrativos, entre ellos la gestión de reemplazos. En el marco de estas acciones es necesario recordar algunas pautas para la conformación de los trámites y acordar modalidades que tenderán a reducir los tiempos de designación y pago a todo el personal reemplazante de nuestros efectores.

A continuación, se describen las pautas a tener en cuenta para la solicitud de reemplazos a partir de la comunicación del presente instructivo

#### PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE REEMPLAZOS

---

Los agentes responsables de gestión de personal de las diferentes áreas solicitarán autorización para designar personal reemplazante a la Dirección Provincial de Gestión y Bienestar de Recursos Humanos, a través del Departamento Temporarios de la Dirección General de Personal, de la siguiente manera:

##### Paso 1:

Realizar la solicitud a través de correo electrónico oficial a **temporarios@santafe.gov.ar**:

- En el caso de Efectores de 1 y 2 Nivel de Atención enviarán el correo electrónico al nodo correspondiente que, luego del análisis normativo - sanitario, lo remitirán a la Dirección de Personal – Departamento Temporario
- En el caso de Efectores de 3 Nivel de Atención enviarán el correo electrónico a la Dirección de Personal – Departamento Temporario
- En el caso de las Subsecretarías, Direcciones Provinciales, enviarán el correo electrónico a la Dirección de Personal – Departamento Temporario
- El correo electrónico deberá estar confeccionado de la siguiente manera:
  - En el asunto del correo deberán consignar la siguiente leyenda: "SOLICITUD REEMPLAZO", seguido del nombre del área solicitante. Ejemplo: SOLICITUD REEMPLAZO – HOSPITAL SANTA FE.
  - Como archivo adjunto se deberá acompañar el Formulario de Reemplazos en versión pdf, el mismo estará disponible en la página web del Ministerio de Salud, en la sección "Suplencias e Ingresos en Salud". En caso que sean varios los reemplazos solicitados en un mismo mail, se deberá adjuntar un archivo por cada reemplazo. Tal archivo deberá nombrarse de la siguiente manera "FORMULARIO DE SOLICITUD", seguido de los siguientes datos separados por guiones: área solicitante, apellidos y números de documento de la persona a designar como reemplazante (si estuviere identificada) y del titular a reemplazar separados con la palabra "POR" (ó "X"), cargo a ocupar, causal, artículo que



PROVINCIA DE SANTA FE  
MINISTERIO DE SALUD



prevé la licencia. Ejemplo: FORMULARIO DE SOLICITUD – HOSPITAL SANTA FE – GOMEZ 23888777 x PEREZ 22000444 – ENFERMERA – PRE PARTO – 34 A

- LA SOLICITUD MEDIANTE EL CORREO ELECTRÓNICO SERÁ VÁLIDA SI SE VERIFICAN QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON LEGIBLES Y CORRECTOS. LOS FORMULARIOS TENDRÁN VALOR DE DECLARACIÓN JURADA. LA AUTORIZACIÓN PARA REEMPLAZAR SE HARÁ EXCLUSIVAMENTE PARA LOS PERÍODOS OBRANTES EN LA MISMA.
- Las áreas involucradas no deberán poner en funciones a un reemplazante, sin contar con la autorización respectiva.

## Paso 2:

El Departamento Temporarios de la Dirección General de Personal, notificará la autorización o rechazo de la solicitud de reemplazo. En caso de ser autorizado, se informará en el mismo correo, el número de registro de autorización:

- Autorizado el reemplazo, el trámite se completará con el envío al referido correo (temporarios@santafe.gov.ar) de un segundo correo electrónico con la siguiente leyenda en el asunto: "DOCUMENTACIÓN REEMPLAZO – REGISTRO", acompañando de los siguientes datos separados por guiones: número del registro de autorización, área solicitante, apellido y DNI del reemplazante. Ejemplo: DOCUMENTACIÓN REEMPLAZO – REGISTRO 19546 – HOSPITAL SANTA FE – GÓMEZ 23888777. Se deberá enviar un correo por cada reemplazante.
- El correo electrónico deberá contener:
  - La siguiente documentación escaneada o fotografiada de manera legible:
    - El Formulario de Reemplazos firmado por todas las partes intervinientes. Nombre del archivo: FORMULARIO FIRMADO – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE
    - DNI del reemplazante SOLO en el caso que sea la primera vez que realiza el reemplazo. Nombre del archivo: DNI – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE
    - Justificativo de la ausencia del titular, documentación acreditante. Nombre del archivo: JUSTIFICATIVO – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE
    - Toda otra documentación indicada al pie del Formulario de Suplencias. Ejemplo de nombre del archivo: MATRÍCULA – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE.
    - Podrá enviarse un solo archivo, incluyéndose toda la documentación en el mismo. Nombre del archivo: DOCUMENTACIÓN COMPLETA – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE.
  - En caso de impedimento técnico, solo excepcionalmente, se aceptará vía fax o documentación original.
  - **La documentación en papel se reserva en el efector y estará sujeta a auditoría.**
- El plazo para el envío del correo con la documentación de reemplazo no podrá ser





PROVINCIA DE SANTA FE  
MINISTERIO DE SALUD



superior a las 72 horas hábiles de notificada la autorización de reemplazo. **Excedido tal plazo**, sólo se reconocerán servicios retroactivamente hasta 72 hs desde el envío del correo con la documentación de reemplazo, no garantizándose en tal caso, el pago en tiempo al reemplazante.

#### PROCEDIMIENTO PARA EL ENVÍO DE CERTIFICACIONES

---

- El responsable de personal del Hospital, SAMCo o Nodo de Salud según corresponda, enviará mensualmente al Departamento Temporarios (DGP) las certificaciones de servicios del personal reemplazante, al siguiente correo electrónico **certificacionestemporarios@santafe.gov.ar**. El asunto del referido correo deberá contener la leyenda: "CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS", con los siguientes datos separados por guiones: efector, mes y año certificado. Ejemplo: CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS – HOSPITAL SANTA FE – JUNIO 2016
- Las certificaciones de servicios se conformarán a través del Formulario: **"Parte mensual de novedades - Certificación de Servicios del Personal Reemplazante"**, el cual estará disponible en versión pdf en la página web del Ministerio de Salud, en la sección "Suplencias e Ingresos en Salud".
- Deberán estar ordenados por DNI en forma ascendente (de menor a mayor). Una vez confeccionado se adjuntará escaneado o fotografiado, deberá ser legible para ser aceptado.
- El envío debe ser dentro de los **2 días hábiles posteriores al vencimiento del mes certificado**.
- En dicho parte mensual **SÓLO** se deben informar las novedades producidas el mes inmediato anterior: En el caso de mantenerse la misma planta de personal reemplazante del mes anterior, y por el mes completo, **debe informarse SIN NOVEDAD**.
- En el caso de las altas de los nuevos reemplazantes se deberá aclarar la fecha real de inicio de las tareas.
- En el caso de las bajas de reemplazantes se deberá aclarar la causal o motivo de la misma (finalización del reemplazo, renuncia, designación como interino, etc.)
- Indicar cualquier otra novedad que afecte la percepción de haberes (ausencias, guardias de los días feriados, etc.)
- En caso de impedimento técnico, sólo excepcionalmente, se aceptará en papel vía fax o correo postal. **Esta modalidad de envío no garantiza el pago en tiempo y forma a los reemplazantes.**





PROVINCIA DE SANTA FE  
MINISTERIO DE SALUD



## **ACLARACIONES IMPORTANTES PARA LOS SERVICIOS**

---

- La propuesta de continuidad de un mismo reemplazante sobre la ausencia de un mismo titular, deberá realizarse conforme el paso 2, cuando se trate de una renovación de la licencia con la misma causal o un cambio entre algunas de las siguientes: enfermedad de corta y larga duración, embarazo y posparto, tareas diferentes transitorias, junta médica y accidente de trabajo. En tales supuestos, en el asunto del correo electrónico de deberá indicar la leyenda "RENOVACIÓN – DOCUMENTACIÓN REEMPLAZO - REGISTRO...", seguido del resto de la información requerida para aquél paso. Al correo se deberá adjuntar sólo la siguiente documentación, escaneada o fotografiada de manera legible:
  - El Formulario de Reemplazos firmado por todas las partes intervinientes. Nombre del archivo: FORMULARIO FIRMADO – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE
  - Justificativo de la ausencia del titular, documentación acreditante, escaneada o fotografiada de manera legible. Nombre del archivo: JUSTIFICATIVO – APELLIDO Y DNI DEL REEMPLAZANTE
- Cualquier otro cambio en las condiciones del reemplazo (cambio de titular, cambio de reemplazante, cambio de causal no prevista en el punto anterior), deberá ser informada mediante los pasos indicados para la solicitud de reemplazos del presente instructivo (paso 1). No se deberá proceder a poner en funciones hasta recibir la autorización correspondiente.
- No se autorizarán reemplazos sobre cargos vacantes, por lo tanto, caerán automáticamente producida la vacante del titular, independientemente de la causal (jubilación, renuncia, fallecimiento, etc). Por tal motivo se insta a iniciar el trámite de interinato con la mayor celeridad posible a los efectos de no afectar el salario del agente.
- Se recuerda que el reemplazante, conforme lo establece la normativa vigente, debe percibir el haber con los mismos conceptos salariales que el titular, razón por la cual no se autorizarán adicionales y suplementos que, aún informados en el formulario de solicitud, no se encuentre percibiendo el titular.

## **CONSULTAS**

Las consultas sobre la aplicación del presente instructivo podrán realizarse, sin excepción, por correo electrónico a [saludreemplazos@santafe.gov.ar](mailto:saludreemplazos@santafe.gov.ar).

