| | ESE HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA | HOJA DE REQUISITOS | CODIGO DEL FORMATO | VERSIÓN | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|--|---|--|--|---|---------------------------------------|
| CALTRATO | JOANA | TALENTO HUMANO | FO-511-1 | 5 | ago-22 |
| ONTRATO N°: | | | | | - |
| ONTRATISTA (NOI | MBRE Y APELLIDOS) | | | | |
| ALOR: | | | · | | , |
| | | ORTE | | | |
| 1 Fotosopia Libro | RATIVO (REQUERIDOS SEGÚN | NORMATIVIDAD SECTOR PUB | BLICO / ESEs / INS | |) |
| 1 Fotocopia Libreta Militar 2 Hoja de Vida Función Pública (SIGEP II) | | | | HOMBRES | |
| 3 Copia de documento de identidad | | | | TODOS TODOS | |
| 4 Copia del RUT Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida | | | | TODOS | |
| 5 (técnico profes | ional, tecnólogo, profesiona | l, especialización -Si la ejerc | reconocida | TODOS | |
| linstitución) | | -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> - | c en la | 10003 | |
| 6 Acta Grado 7 Tarieta Profesional | | | | TODOS | |
| 8 Certificado de experiencia laboral (si aplica) | | | | TODOS TODOS | |
| 9 Antecedentes Disciplinarios 10 Antecedentes Fiscales | | | | TODOS (CONSULTAR INSTITUCIONALMENTE) | |
| 11 Antecedentes judiciales | | | | TODOS (CONSULTAR INSTITUCIONALMENTE) TODOS (CONSULTAR INSTITUCIONALMENTE) | |
| 12 Certificado Medidas Correctivas | | | | TODOS (CONSULTA | R INSTITUCIONALMENTE) |
| CERTIFICADO DE INHABILIDADES Delitos Sexuales cometidos contra menores de 18 | | | | | <u></u> |
| años ley 1918 d | de 2018 médico laboral de ingreso o | mitido nos madis | | TODOS | |
| Certificado de médico laboral de ingreso emitido por medico especialista en salud y seguridad en el trabajo con licencia vigente(cor.:a) INGRESO | | | | TODOS | |
| 5 cert, Afiliación Seg social (Prest, sociales P. cargos) | | | | TODOS | |
| 16 Declaración De Bienes Y Renta | | | | TODOS | |
| 17 Carnet vacunas (esquema vacunación general) N TIPO ASISTENCIAL (REQUERIMIENTOS HABILITACION IPS 1ER NIVEL) | | | | TODOS | |
| 1 . | | | | | |
| 1 RETHUS - Inscripción departamental | | | ASISTENCIALES (CONSULTAR INSTITUCIONALMENT | | |
| 2 Carné Vacunas (especifica HD y TD) 3 Examen de Anti cuerpo para HB | | | ASISTENCIALES | | |
| 4 Atención Vict. Violencia sexual | | | ASISTENCIALES ASISTENCIALES | | |
| 5 Póliza responsabilidad civil 100 millones 6 Soporte Vital RCP | | | ASISTENCIALES | | |
| | | | | ENFERMERAS (BLS 20H) | |
| 7 Cert. Toma Muestras de laboratorio | | | | MÉDICOS (ACLS 60H) AUXILIARES ENFERMERÍA / ASISTENCIALES (TOMA | |
| y cert. Tottia tvidestras de laboratorio | | | | MUESTRAS) | |
| 8 Cert. Toma de muestras de citología | | | | AUXILIARES ENFERMERÍA / ASISTENCIALES (TOMA | |
| | | | | MUESTRAS) | |
| 9 Carnét - curso radio prot. Rx | | | | PERSONAL ODONTO | OLOGÍA Y TECNICO EN RX |
| LO Certificado en aplicación de Inmunobiológicos | | | | AUXILIARES ENFERMERÍA / ASISTENCIALES | |
| | | | | (VACUNACIÓN) | |
| 1 Certificado de vacunación Covid | | | | AUXILIARES ENFERMERÍA / ASISTENCIALES | |
| 12 Formación en cuidados paliativos | | | (VACUNACIÓN COV | | |
| 3 Formación en gestión del duelo | | | ASISTENCIALES (HOSPITALIZACIÓN) ASISTENCIALES (PARTOS) | | |
| | tención a víctimas de ataque | es con agentag autmin | | | |
| | | es con agentes químicos | | ASISTENCIALES URG | GENCIAS Y CONDUCTORES TAB |
| 5 Formación en cuidados del donante 6 Primeros Auxilios 40 horas | | | | ASISTENCIALES URGENCIAS | |
| 7 Licencia de conducción | | | | CONDUCTORES TAB | |
| OTROS DOCUM | TENTOS (VINCULACIÓN POR | PRESTACIÓN DE SERVICIO | S) | CONDUCTORES TAE | 3 |
| O CO DOCON | Prvicios (actividades, caracte | rísitcas, tiempo, valor) | | TODOS | |
| Tipropuesta de se | incaria exos y recibo de pago/ aprob | ación de nólicas | | TODOS | |
| 2 Certificación Ba | , , coloo de pago, aprot | acion de polizas | | SEGÚN RIESGO | |
| 2 Certificación Ba | • • | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| 2 Certificación Ba | | \$ | | - | |
| 2 Certificación Ba | • | r L | • | | |

Firma supervisor

Firma apoyo a la supervisión