|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITO DOCUMENTAL** | **C** | **NC** | **OBSERVACIONES** |
| Hoja de vida, |  |  |  |
| Copias de Títulos |  |  |  |
| Certificación de la universidad donde se graduó, para comprobación de egreso esa institución educativa |  |  |  |
| Copia de acta de grado estudios realizados universidades o institutos reconocidos por el estado |  |  |  |
| Registro Ante El Ministerio de salud (protección social) o ante el ICFES para títulos extranjeros |  |  |  |
| Registro Profesional Ante La Secretaria Departamental |  |  |  |
| Cedula de ciudadanía o extranjería |  |  |  |
| Póliza Responsabilidad Civil Por 200.000.000 (Doscientos Millones De Pesos |  |  |  |
| Rut |  |  |  |
| Antecedentes-disciplinarios ,pasado judicial |  |  |  |
| Carnet de vacunas esquema completo:  Hepatitis B  Tétano  Influenza |  |  |  |
| Carnet de Radio protección para odontólogos |  |  |  |
| Dosímetro para odontólogos que toman RX |  |  |  |
| Contrato |  |  |  |
| Seguridad social , ARL |  |  |  |
| Funciones del contratista |  |  |  |

Advertencia: Sin estos requisitos no puede empezar a laborar en La Unidad de Salud

**DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS HOJA DE VIDA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITO DOCUMENTAL** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Selección-  Inducción  Reinducción  Capacitación |  |  |  |  |
| Formato de entrenamiento |  |  |  |  |
| Manual de funciones |  |  |  |  |
| Contrato |  |  |  |  |
| Presentación del colaborador por áreas |  |  |  |  |
| Copia de felicitaciones o llamados de atención |  |  |  |  |
| Exámenes de competencia |  |  |  |  |
| Archivar en carpeta rotulada |  |  |  |  |