|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 BTétanoInfluenza  |  |  |  |
| 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 ReinducciónCapacitación  |  |  |  |  |
| 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  |  |  |  |  |