



Vigilada Mineducación

GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**CÓDIGO**

FO-BU-44

VERSIÓN

01

FECHA

29/05/2023

PÁGINA

1 de 2

REQUISITOS PARA HOJA DE VIDA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Líder Gestión Bienestar Universitario	Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad

Nombre del Profesional:			
No. Documento de Identidad:		Fecha de Vinculación:	fecha.
Cargo/ Especialidad:		Tipo De Contrato:	Nómina <input type="checkbox"/> OPS <input type="checkbox"/>
Dirección:		Teléfono:	

1. REQUISITOS GENERALES

REQUISITO		FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A
INFORMACION PERSONAL	1. Fotocopia documento de identidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Fotocopia Libreta Militar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Fotocopia certificado judicial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Fotocopia certificado Procuraduría		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Fotocopia certificado Contraloría		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. RUT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Hoja de vida original		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Certificados de experiencia laboral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VINCULACION	1. Copia del contrato legalizado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Certificación Bancaria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Copia de afiliación a la seguridad social: EPS – PENSION – ARL – CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Exámenes médicos de ingreso - periódicos - de retiro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Evaluación psicológica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Soportes de inducción y re inducción		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Copia resultados evaluación de desempeño, memorandos y llamados de atención		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTUDIOS REALIZADOS	1. Copia del diploma y acta de grado pregrado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Copia del diploma y acta de grado postgrado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Copia de Convalidación ASCOFAME, MINISTERIO DE EDUCACION – ICFES en caso de título en el exterior.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Tarjeta profesional en los casos que aplique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Certificados de formación/ educación continuada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. REQUISITOS ESPECÍFICOS PERFIL ASISTENCIAL

REQUISITO		FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A
AUTORIZACION DEL EJERCICIO	1. Copia de la autorización del ejercicio profesional (Tarjeta profesional)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. RETHUS o Resolución del IDS para ejercer en el Departamento.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Copia del carné del esquema de vacunación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Póliza de responsabilidad civil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Cursos primeros auxilios BLS y ACL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Cursos Atención Víctimas Violencia Sexual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Otros Cursos – Diplomados obligatorios según normatividad en Salud.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificó:

Nombre Completo:	
Cargo:	

Copia No Controlada

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA	RESPONSABLES
01	Creación Documento. Versión Original integrada al SIGC. Documentos y registros para la habilitación de los servicios de salud que se ofertan desde la División de Servicios Asistenciales y de Salud adscrita a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario a la comunidad institucional.	29/05/2023	Elaborado por: <ul style="list-style-type: none">• Luis Eduardo Trujillo Toscano (Vicerrector Bienestar Universitario)• Lina Mariela Ardila Marín (Coordinadora División Servicios Asistenciales en salud)• Mónica Bautista (Profesional Apoyo Planeación - Calidad) Aprobado por: <ul style="list-style-type: none">• Henry Luna (Líder de Calidad)