

| CONTRATO | | No. | AÑO | E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX DE LA DORADA - CALDAS | | | |
|--|--|---------|-------|---|------------------|--|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | | | | | | |
| CARGO Y/O PROFESIÓN: | | | | | | | |
| RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN | | | | | | | |
| MANUAL DE CONTRATACIÓN | | | | RESOLUCIÓN 887 | RÉGIMEN ESPECIAL | | |
| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | CARPETA | FOLIO | FECHA | OBSERVACIONES | | |
| 1 | ESTUDIO PREVIO | | | | | | |
| 2 | PORTAFOLIOS U PROPUESTA DE SERVICIOS CON VALOR MENSUAL | | | | | | |
| 3 | FORMATO HOJA DE VIDA PUBLICA | | | | | | |
| 4 | FOTOCOPIA DE CEDULA DE CIUDADANÍA | | | | | | |
| 5 | COPIA DE LA LIBRETA MILITAR (EXCEPTO PARA HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS) (EN CASO QUE APLIQUE) | | | | | | |
| 6 | CARNÉ DE VACUNAS (HEPATITIS B, TOXOIDE TETÁNICO, FIEBRE AMARILLO) | | | | | | |
| 7 | SOPORTES DE ESTUDIOS Y CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS | | | | | | |
| 8 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL | | | | | | |
| 9 | FOTOCOPIA TARJETA PROFESIONAL O PLAZA ASIGNADA AL SSO (RESOLUCIÓN DIVISIÓN TERRITORIAL DE CALDAS)- INSCRIPCIÓN EN LA PÁGINA DEL RETHUS | | | | | | |
| 10 | SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO VIGENCIA NO SUPERIOR A 2 AÑOS | | | | | | |
| 11 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | | | | | | |
| 12 | CERTIFICACION DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | | | | | | |
| 13 | CERTIFICADO DE TOMA DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO | | | | | | |
| 14 | CERTIFICADO DE GESTIÓN DEL DUELO | | | | | | |
| 15 | CERTIFICADO DE ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS. | | | | | | |
| 16 | CERTIFICADO CUIDADO AL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO ADULTO | | | | | | |
| 17 | CERTIFICADO DE PRIMEROS AUXILIOS O DE PRIMER RESPONDIENTE. | | | | | | |
| 18 | CERTIFICAD DE SERVICIOS AL CIUDADANO | | | | | | |
| 19 | CERTIFICADO DE LENGUAJE CLARO | | | | | | |
| 20 | CERTIFICACION CURSO DEL MIPG | | | | | | |
| 21 | CERTIFICADO DE CUIDADO DE LA DONANTE | | | | | | |
| 22 | CERTIFICADO DE SEDACIÓN PROFESIONAL DE ANESTESIOLOGÍA | | | | | | |
| 23 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES (POLICÍA NACIONAL), PROCURADURÍA, (CONTRALORÍA) Y (MEDIDAS CORRECTIVAS https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx) | | | | | | |
| 24 | COPIA DEL RUT PARA PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS | | | | | | |
| 25 | FORMATO DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS | | | | | | |
| 26 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | | | | | | |
| 27 | CERTIFICACIÓN BANCARIA | | | | | | |
| 28 | CERTIFICACION DE AFILIACION COMO INDEPENDIENTE A (PENSIÓN-SALUD-ARL). | | | | | | |
| 29 | DILIGENCIAR FORMATO SASRLAFT | | | | | | |
| 30 | CONTRATO ORIGINAL | | | | | | |
| 31 | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL CDP Y CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL CRP | | | | | | |
| 32 | 1-PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EQUIVALENTE A 200SMMLV LEGALES VIGENTES. 2-POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (AUXILIARES 100 DE PESOS), (AFINES 150 MILLONES), (MEDICOS Y ESPECIALISTAS 300 MILLONES). | | | | | | |
| 33 | ACTA DE INICIO | | | | | | |
| 34 | INFORMES DE ACTIVIDADES MENSUALES, INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y PAGO MENSUALES A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | | | | | | |
| 35 | COMUNICACIONES | | | | | | |
| 36 | ADICIONES A CONTRATOS | | | | | | |
| 37 | ACTA DE TERMINACIÓN BILATERAL | | | | | | |

| Revisado por: | Nombre | Firma | Fecha de Diligenciamiento | | |
|---------------|--------|-------|---------------------------|-----|-----|
| | | | DÍA | MES | AÑO |
| | | | | | |