	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONA JURIDICA		GESTION DE TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-005	1	27/12/2022	**1 de 1**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:					
CARPETA	NO.	DOCUMENTO	RESPOPNSABLE	VERIFICACION	
				SI	N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL	HOSPITAL		
	2	CDP	HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO	HOSPITAL		
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA	HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS	CONTRATISTA		
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR	HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA	HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA	HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA -PERSONA JURIDICA	CONTRATISTA		
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD REPRESENTANTE LEGAL	CONTRATISTA		
	4	ULTIMA DECLARACION Y/O ULTIMO BALANCE	CONTRATISTA		
	5	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)	CONTRATISTA		
	6	RUT (Actualizado)	CONTRATISTA		
	7	CERTIFICADO EXPERIENCIA (Ultimos dos)	CONTRATISTA		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA EMPRESA	CONTRATISTA		
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA EMPRESA	CONTRATISTA		
	3	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGAL	CONTRATISTA		
	4	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL	CONTRATISTA		
	5	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS REPRESENTANTE LEGAL (Policia)	CONTRATISTA		
	6	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES REPRESENTANTE LEGAL (Policia)	CONTRATISTA		
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	CERTIFICADO APORTES PARAFISCALES (Ultimos 6 meses)	CONTRATISTA		
	2	CEDULA DE CIUDADANIA - TARJETA PROFESIONAL Y CERTIFICADO JUNTA CENTRAL DE CONTADORES DEL CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL QUE SUSCRIBE EL DOCUMENTO	CONTRATISTA		
	3	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)	CONTRATISTA		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE	CONTRATISTA		
	2	MINUTA DE CONTRATO	HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL	HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)	HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)	HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO	HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS	CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION	HOSPITAL		
Recibido Talento Humano:		**Fecha 1ras Correcciones:**			
Fecha 2das Correcciones:		**Recibido Contratacion:**			