

|                                                                                 |                                                                                                                                                   |  |                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|
|  | <b>FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL, GESTIÓN DEL RIESGO Y ADMINISTRATIVO</b> |  | CÓDIGO: AP-TH-F-139 |  |
|                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E                                                                                                |  | VERSIÓN : 19        |  |
|                                                                                 | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO                                                                                                                        |  | PÁGINA: 1 DE 3      |  |
|                                                                                 |                                                                                                                                                   |  | FECHA: 15/09/2025   |  |

|                                       |                                                                                 |          |                                                        |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE         | JOHN SMITH ARIAS                                                                |          |                                                        |  |
| IDENTIFICACIÓN                        | 80213212                                                                        | SERVICIO | AMBULANCIAS SECUNDARIOS Y REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA |  |
| PERFIL                                | AUXILIARES DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS |          |                                                        |  |
| LISTA DE CHEQUEO PERSONAL ASISTENCIAL |                                                                                 |          |                                                        |  |
| DOCUMENTACION DEL EXPEDIENTE          |                                                                                 |          |                                                        |  |

| ITEM 1 | PRECONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CUMPLE | NO CUMPLE | N/A |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----|
| 1      | REGISTRO SECOP II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X      |           |     |
| 2      | HOJA DE VIDA (SIDEAP) actualizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X      |           |     |
| 3      | DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS (SIDEAP) actualizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X      |           |     |
| 4      | COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X      |           |     |
| 5      | CONFLICTO DE INTERES (SIDEAP) actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X      |           |     |
| 6      | SOPORTE DE REGISTRO BOGOTA TALENTO NO PALANCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X      |           |     |
| 7      | CERTIFICADO O CONSTANCIA DE AFILIACIÓN A LA EPS COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE (No superior a 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X      |           |     |
| 8      | CERTIFICADO O CONSTANCIA DE AFILIACIÓN FONDO DE PENSIONES AFP (No superior a 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X      |           |     |
| 9      | CERTIFICACIÓN CUENTA BANCARIA No superior a 90 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X      |           |     |
| 10     | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (Nota: el número de actividad económica debe coincidir con el RIT relacionada con la actividad a contratar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X      |           |     |
| 11     | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA (RIT) (con el código de la actividad realizada conforme al RUT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X      |           |     |
| 12     | FORMATO DE AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL (VIGENTE) AP-TH-F-67                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X      |           |     |
| 13     | FORMULARIO PARA CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRA PARTE PERSONA NATURAL CON FIRMA Y HUELLA AP-GF-F-24-04 (SARLAFT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X      |           |     |
| 14     | AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES AP-TH-F-111-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X      |           |     |
| 15     | FORMATO DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS (Dirigido a la entidad donde realizó estudios, o especialización según corresponda) AP-TH-F-147                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X      |           |     |
| 16     | FORMATO CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AP-TH-F-140                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X      |           |     |
| 17     | CERTIFICACIONES DE ESTUDIO BACHILLER (Diploma y/o Acta) en caso que aplique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X      |           |     |
| 18     | CERTIFICACIONES DE ESTUDIO TÉCNICO Y/O TECNÓLOGO (Diploma y/o Acta aplica para técnicos y auxiliares) según aplique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X      |           |     |
| 19     | CERTIFICACIONES DE ESTUDIO PREGRADO (Diploma y/o Acta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |           | X   |
| 20     | CERTIFICACIONES DE ESTUDIO POSGRADO (Diploma y/o Acta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |           | X   |
| 21     | TARJETA PROFESIONAL – CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN Y/O VIGENCIA DE MATRÍCULA PROFESIONAL EXPEDIDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (EN LOS CASOS QUE APLIQUE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |           | X   |
| 22     | RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (Aplica para los graduados antes de agosto del 2015)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X      |           |     |
| 23     | RETHUS (Registro obligatorio para el personal de la Salud: Técnico, Tecnólogo, Profesional y Especialización en los casos que aplique del objeto contractual) Consulta no superior a 30 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X      |           |     |
| 24     | CERTIFICADO ANTECEDENTES PROFESIONALES, vigencia no superior a 6 meses según objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |           | X   |
| 25     | <b>Examen pre ocupacional con énfasis Osteo muscular (con vigencia inferior a 3 años de IPS habilitada en REPS)</b><br>Nota: *Con énfasis en conducción y examen psicosenso-motriz (Conductores de vehículos de emergencia, auxiliares de enfermería con moto)<br>*Con énfasis en radiaciones ionizantes para radiología (Radiólogos, Técnicos en radiología, Auxiliares de enfermería para radiología, Enfermeros para RX o Hemodinamia, Instrumentadores Quirúrgicos, Ortopedistas, Urologos, Neurocirujanos.<br>* Con énfasis en riesgo Químico anual para Patología (Patólogo, Citohistotecnólogo, técnico en criminalística, Auxiliar de Patología). | X      |           |     |
| 26     | Esquema de vacunación vigente y/o títulos. (diligenciar carta de compromiso para las vacunas pendientes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X      |           |     |
| 27     | POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL (únicamente para Médicos Generales y Médicos Especialistas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |           | X   |
| 28     | Registro INVIMA (Técnicos biomédicos e ingenieros Biomédicos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |           | X   |

|                                                                                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDICOS ESPECIALISTAS                                                                                                  | CUIDADO DEL DONANTE                                                                                              | Aplica a Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud |
|                                                                                                                        | CURSO MANEJO DE DUELO (Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo) | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CURSO DE REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTICA (PALS) O (NALS)                                                          | Según corresponda, Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                        | CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                    | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS O SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CERTIFICADO DE ASISTENCIA A LAS ACCIONES DE FORMACION CONTINUA EN SALUD MENTAL                                   | Aplica para los servicios relacionados con la atención de salud mental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| MEDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA                                                                                      | CERTIFICADO TOMA Y MUESTRAS DE CITOLOGÍA                                                                         | Aplica para profesionales o auxiliares que desarrollan la actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                        | CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)                                                                              | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS O SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | ATENCION A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS                                                                          | Aplica para los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                        | CURSO MANEJO DE DUELO (Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo) | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                    | Aplica a los servicios de salud de consulta externa, Hospitalización y el servicio de urgencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD                                                                                        | CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)                                                                              | Vigencia de dos (2) años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                        | ATENCION A VÍCTIMAS DE AGENTES QUÍMICOS                                                                          | Aplica para los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                        | CURSO MANEJO DE DUELO (Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo) | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                    | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CURSO MANEJO DE DUELO (Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo) | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PSICOLOGO/ TRABAJADOR SOCIAL                                                                                           | CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                    | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | CERTIFICADO DE ASISTENCIA A LAS ACCIONES DE FORMACION CONTINUA EN SALUD MENTAL                                   | Aplica para los servicios relacionados con la atención de salud mental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                        | ATENCION DE PACIENTE EN DIALISIS RENAL                                                                           | Aplica constancia de asistencia formación continua para para el servicio de diálisis renal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                        | CURSO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                    | Vigencia de dos (2) años <b>VIGENCIA DE 2 AÑOS Ó SEGÚN LA VIGENCIA DE LA ENTIDAD QUE LO EMITA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                        | REGENTE DE FARMACIA SE INCLUYE                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NOTA: CERTIFICADO SIMIT Y RUNT PARA CONDUCTORES Y MOTOCICLISTAS SE DESCARGA EN EL ÁREA DE SELECCIÓN                    |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Recuerde que toda la documentación debe estar ordenada y numerada los documentos PDF de acuerdo a la lista de Chequeo. |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| PERFIL                                                                                                                                         | HEPATITIS B | COVID 19 | INFLUENZA ANUAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------------|
| AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CAMILLEROS                                                                                                            | X           | X        | X               |
| ENFERMERO PROFESIONAL                                                                                                                          | X           | X        | X               |
| BACTERIÓLOGO-AUXILIARES DE LABORATORIO                                                                                                         | X           | X        | X               |
| MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS                                                                                                              | X           | X        | X               |
| ODONTÓLOGOS GENERALES- ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS- AUXILIARES DE ODONTOLOGÍA-HIGIENE ORAL                                                       | X           | X        | X               |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS-TECNÓLOGO EN RX-ODONTÓLOGOS GENERES- ESPECIALISTAS-AUXILIARES DE ODONTOLOGÍA (EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES)        | X           | X        | X               |
| OPTÓMETRA                                                                                                                                      |             | X        | X               |
| INSTRUMENTADOR                                                                                                                                 | X           | X        | X               |
| TERAPÉUTA (FISIOTERPÉUTA- TERAPÉUTA OCUPACIONAL- FONOAUDIÓLOGO-PSICÓLOGO-TRABAJO SOCIAL-TERAPÉUTA RESPIRATORIO                                 | X           | X        | X               |
| PATÓLGOS-AUXILIARES DE PATOLOGÍA- (PERSONAL EXPUESTO A FORMALDEHÍDO)                                                                           | X           | X        | X               |
| QUÍMICO FARMACÉUTICO DE CENTRAL DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS                                                                                         | X           | X        | X               |
| QUÍMICOS FARMACÉUTICOS- INGENIEROS BIOMÉDICOS (MANEJO DE GASES MEDICINALES)QUIMICO FARMACÉUTICO-INGENIERO BIOMÉDICO- PERSONAL DE MANTENIMIENTO |             | X        | X               |
| AUXILIARES DE LACTARIO                                                                                                                         | X           | X        | X               |
| AUXILIARES DE APOYO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN                                                                                                    | X           | X        | X               |

Recuerde que toda la documentación debe estar ordenada y numerada los documentos PDF de acuerdo a la lista de Chequeo.

NOMBRE DE QUIEN VALIDA LA INFORMACIÓN  
PERFIL  
FECHA

JEFFERSON ECHEVERRI  
AUX DE APOYO  
5/12/2025