



PROVINCIA DE SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

SUPLENTES - REEMPLAZANTES DTO. 522/13 FORMULARIO DE SOLICITUD DEPARTAMENTO TEMPORARIOS (DGP)

IMPORTANTE: LA FALTA DE ALGUNO DE LOS DATOS SOLICITADOS Y/O DE LA DOCUMENTAL OBLIGATORIA GENERARÁ LA DEVOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL TRÁMITE - COMPLETAR EN COMPUTADORA O CON LETRA IMPRENTA CLARA

NODO DE SALUD	Nº DE REGISTRO
---------------	----------------

EFECTOR	PLANILLA DE PAGO
---------	------------------

DEL AGENTE REEMPLAZANTE

APELLIDO	NOMBRES
----------	---------

CUIL	ORDEN DE MÉRITO DEL ESCALAFÓN	FECHA DE NACIMIENTO
------	-------------------------------	---------------------

PERFIL (FUNCIÓN)	CARGA HORARIA
------------------	---------------

ACEPTACIÓN DE LA SUPLENCIA	FIRMA DEL REEMPLAZANTE
----------------------------	------------------------

DEL TITULAR A SER REEMPLAZADO

APELLIDO	NOMBRES
----------	---------

DNI	SITUACIÓN DE REVISTA ⁽¹⁾	AGRUPAMIENTO	CATEGORÍA	ID CARGO
-----	-------------------------------------	--------------	-----------	----------

CAUSA DEL REEMPLAZO	PERIODO PARA EL QUE SE SOLICITA EL REEMPLAZO DESDE HASTA
---------------------	---

ADICIONALES (LOS PERCIBIDOS POR EL TITULAR DEL CARGO) - MARQUE SI CORRESPONDE ALGUNO

SECTOR ESPECÍFICO DE TRABAJO

GUARDIAS ROTATIVAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HORARIOS DE ROTACIÓN
---	----------------------

MAYOR JORNADA <input type="checkbox"/> 40 HS <input type="checkbox"/> 35 HS	CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> UCO <input type="checkbox"/> NEO <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS	GUARDIAS PASIVAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

APS (SI TRABAJA EN CENTRO DE SALUD) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTABLECIMIENTO
--	-----------------

LAS AUTORIDADES QUE SUSCRIBEN EL PRESENTE FORMULARIO DECLARAN QUE SE HA CUMPLIMENTADO CON TODA LA DOCUMENTAL QUE ACREDITA LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA NORMATIVA VIGENTE, OBRANDO **LEGAJO INDIVIDUAL** COMPLETO EN ESTE EFECTOR CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES: COPIA DE LO REMITIDO AL MINISTERIO, CERT. DE SALUD, CERT. ACTUALIZADO DE BUENA CONDUCTA, FOTOCOPIA DE TITULO, DNI, CONSTANCIA DE CUIL Y CERT. NEGATIVO DE DEUD. MOROSOS ALIMENTARIOS.

LUGAR Y FECHA

EL ORDEN DE MÉRITO CONVOCADO PRESUPONE LA NO ACEPTACIÓN DE LOS ASPIRANTES ANTERIORES POSTULADOS

FIRMAS INTEGRANTES CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O COMISIÓN EJECUTIVA Y MÉDICO DIRECTOR (3 MIEMBROS COMO MÍNIMO)	FIRMA DIRECTOR HOSPITAL DESCENTRALIZADO O COORDINADOR DE NODO SEGÚN CORRESPONDA
--	---

A COMPLETAR POR EL DEPARTAMENTO TEMPORARIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL

RECEPCIÓN DE SOLICITUD			CONTROL DE AUTORIZACIÓN	AUTORIZACIÓN CONDICIONAL DE LA DIR. PROV. DE GESTIÓN Y BIENESTAR DE RRHH
FECHA	HORA	AGENTE		

OBSERVACIONES (USO EXCLUSIVO DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL - DEPARTAMENTO TEMPORARIOS)
--

⁽¹⁾ SITUACIÓN DE REVISTA = 1 TITULAR / 2- INTERINO / 7 - SUPLENTE REEMPLAZANTE (EXCEPCIONES)

DOCUMENTAL A ADJUNTAR (AL ENVIAR EL CORREO ELECTRÓNICO DEBERÁ INCLUIR LA DOCUMENTACIÓN DEL REEMPLAZO, ESCANEADA O FOTOGRAFIADA DE MANERA LEGIBLE)

- JUSTIFICATIVO DE LA AUSENCIA DEL TITULAR.
- CERTIFICADO DE INCOMPATIBILIDAD
- CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD HORARIA