

Inc.	U.E.	T	Nº	Año
29				

## PROPUESTA DE CONTRATO COMISIÓN DE APOYO

 Alta por Baja

 Alta dentro del Cupo autorizado

### 1. UNIDAD EJECUTORA

 Fecha:   

#### 1.1. SOLICITANTE:

Unidad Ejecutora <input style="width: 90%;" type="text"/>	
E-mail <input style="width: 40%;" type="text"/>	Servicio/Sector <input style="width: 50%;" type="text"/>
Nombre del Encargado <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Teléfono del servicio <input style="width: 40%;" type="text"/>	Celular del Encargado <input style="width: 50%;" type="text"/>

#### 1.2. CARGO QUE SE PLANEA CUBRIR/CONDICIONES LABORALES:

Tipo de vínculo <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> No Médico	
Cargo <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Servicio/Sector <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Carga horaria semanal <input style="width: 30%;" type="text"/>	Función a desempeñar <input style="width: 60%;" type="text"/>
Tipo de función <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Suplente <input type="radio"/> Propuesta directa <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Identificación del Cargo <input type="radio"/> Guardia <input type="radio"/> Policlínica <input type="radio"/> Retén	
Inscripto en Llamado <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Interno	Fecha <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> Nº Inscripto <input style="width: 20%;" type="text"/>

#### 1.3. PERSONA PROPUESTA:

Nombre completo <input style="width: 70%;" type="text"/>		C.I. <input style="width: 20%;" type="text"/>
Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Estado Civil <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Domicilio:		
Departamento <input style="width: 30%;" type="text"/>	Localidad <input style="width: 60%;" type="text"/>	
Calle <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nº <input style="width: 15%;" type="text"/>	Block <input style="width: 15%;" type="text"/>	Torre <input style="width: 15%;" type="text"/> Apto. <input style="width: 15%;" type="text"/>
E-mail <input style="width: 40%;" type="text"/>	Celular <input style="width: 20%;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 20%;" type="text"/>
Nº C.J.P.U. <input style="width: 30%;" type="text"/>	RUT <input style="width: 60%;" type="text"/>	
Posee vínculo contractual con Comisión de Apoyo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

#### 1.4. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

<input type="checkbox"/> Fotocopia de Documento de Identidad	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Constancia de actividad de RR.HH. de U.E.	Sólo para funcionarios del MSP/ASSE
<input type="checkbox"/> Comprobante con número de Cuenta de Banco	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Fotocopia de Títulos Habilitantes	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Fotocopia de Control de Salud	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Certificado Caja Profesional	Sólo profesionales universitarios
<input type="checkbox"/> Constancia de pago de Fondo de Solidaridad	Sólo profesionales universitarios con más de 5 años de recibidos
<input type="checkbox"/> Libreta de chofer profesional	Sólo para propuestas de choferes
<input type="checkbox"/> Fotocopia de inscripción en la D.G.I. (RUT)	Sólo profesionales universitarios
<input type="checkbox"/> Consulta Inexistencia de Sumarios/Inhabilitaciones (RVE)	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Consulta Vínculos Vigentes (RVE)	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Consulta situación actual e histórica (RVE)	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Inhabilitados PERSOTEC	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Motivo de Baja PERSOTEC	En todos los casos
<input type="checkbox"/> Carátula de Formulario de Baja	Sólo para Alta por Baja
<input type="checkbox"/> La presente solicitud cuenta con el aval del Jefe de Servicio.	En todos los casos

#### 1.5. DESCARGOS/DECLARACIÓN

**EN CASO DE LOS FUNCIONARIOS DE ASSE: EL DIRECTOR DE LA U.E. DECLARA QUE LA FUNCIÓN SERÁ DESEMPEÑADA EN HORARIO DIFERENTE AL QUE DESEMPEÑA PARA ASSE. NO ES POSIBLE ALTAR A LA PERSONA PROPUESTA SI LA SOLICITUD ESTÁ INCOMPLETA.**

#### 1.6. AUTORIZACIÓN

--	--	--

Fecha

\_\_\_\_\_  
Director

#### 2. DIRECCIÓN REGIONAL

GERENCIA GENERAL/GERENCIA ASISTENCIAL/GERENCIA ADMINISTRATIVA (según corresponda)

Visto bueno:  si  no

Fundamento de la denegatoria u observaciones:

--

--	--	--

Fecha

\_\_\_\_\_  
Gerente/Director

#### 3. COMISIÓN DE APOYO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES - ASSE

##### 3.1. JURÍDICA:

Existencia de juicio:  si  no

Observaciones:

--

--	--	--

Fecha

\_\_\_\_\_  
Administrativo

**3.2. GERENCIA GENERAL:**

Rechazado por juicio:       si       no

Se verifica el financiamiento:       si       no

Se aprueba:       si       no

Observaciones:

--

--	--	--

Fecha

\_\_\_\_\_

Gerente