



PROVINCIA DE SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

**SUPLENTES - REEMPLAZANTES DTO. 2695/83
DECRETO 3202/05 - 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 (SI ES MUJER EL DE SOLTERA)	NOMBRES	
CUIL	TITULO HABILITANTE	FECHA DE NACIMIENTO
FUNCIÓN ESPECÍFICA A REEMPLAZAR		CARGA HORARIA

DEL TITULAR A SER REEMPLAZADO

APELLIDO (SI ES MUJER EL DE SOLTERA)	NOMBRES		
DNI	SITUACIÓN DE REVISTA ⁽¹⁾	AGRUPAMIENTO	CARGO
CAUSA DEL REEMPLAZO	PERÍODO 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		HORARIOS DE ROTACIÓN	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
MAYOR JORNADA		CUIDADOS INTENSIVOS	
<input type="checkbox"/> 40 HS <input type="checkbox"/> 35 HS		<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> UCO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> NEO	<input type="checkbox"/> HEMODIALISIS
APS (SI TRABAJA EN CENTRO DE SALUD)		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	
FIRMAS INTEGRANTES CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O COMISIÓN EJECUTIVA (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)

- PLANILLA DE DECLARACIÓN JURADA - FOTOCOPIA DE DNI.
- TÉCNICOS RADÍLOGOS Y ENFERMEROS PROFESIONALES: MATRÍCULA ACTUALIZADA Y EXTENDIDA POR EL COLEGIO.
- JUSTIFICATIVO DE LA AUSENCIA DEL TITULAR.