



Trámite a Realizar: Permanente Provisional

Profesión _____

(Debe colocar el nombre de la profesión del trámite)

DATOS PERSONALES DEL PROFESIONAL

1. Nombre Completo _____
2. Nacionalidad _____
3. DUI. No. _____
4. NIT. No. _____
5. Dirección del domicilio _____

PEGAR FOTO

Tel: _____ Tel. Celular: _____

6. Lugar de Trabajo: _____
7. Lugar y fecha de nacimiento: _____
8. Estado Civil: _____
9. Universidad: _____
10. Servicio Social: _____

(Establecimiento)

(Municipio)

(Departamento) (Fecha inicio día-mes-año) (Fecha finalización día-mes-año)

11. Incorporado: Si NO Lugar: _____
(Debe llenarlo únicamente si realizó estudios en el extranjero.)
12. Correo Electrónico _____

ESPACIO RESERVADO PARA RESOLUCIÓN DE LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

FECHA: _____ ACTA DE SESIÓN No. _____

La Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, teniendo presente la información presentada y considerando legalidad de la documentación adjunta a la presente solicitud RESUELVE:

_____ DENEGAR _____ CONCEDER AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL. DESDE _____ HASTA _____, No. _____.

_____ DENEGAR _____ CONCEDER AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTRO DE PROFESIONALES CON EL No. _____.

PRESIDENTE

SECRETARIA