

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 RESOLUCION
DE LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICA:**

FECHA: _____ ACTA DE SESION 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 AUTORIZACION PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL. DESDE _____ HASTA _____, No. _____.
____DENEGAR ____CONCEDER AUTORIZACION PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTRO DE PROFESIONALES CON EL No. _____.

PRESIDENTE

SECRETARIA