

HOJA DE DATOS PERSONALES DEL PROFESIONAL

Trámite a Realizar: Permanente Provisional

Profesión _____
(Debe colocar el nombre de la profesión del trámite)

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

**PEGAR FOTO
FORMAL B/N**

Tel: _____ Tel. Celular: _____

6. Lugar de Trabajo: _____

7. Lugar y fecha de nacimiento: _____

8. Estado Civil: _____

9. Universidad: _____ Fecha de Graduación _____

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