

### 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 \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_.

**PEGAR FOTO  
FORMAL B/N**

**PRESIDENTE**

**SECRETARIA**