

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN PARA AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL Y  
REFRENDACIÓN DE DIPLOMA.

(Medicina, Odontología, Fisioterapia, Fonoaudiología, Nutrición, Terapia ocupacional, Enfermería, Instrumentación quirúrgica, Optometría, Bacteriología, Psicología, Químicos Farmacéuticos, Auxiliares y Técnicos en salud)

HORARIO DE RADICACIÓN: LUNES A MIÉRCOLES DE 8:00 A.M A 11:30 A.M  
Diligencie completa, legible y correctamente los datos requeridos.

FECHA DE SOLICITUD:       /       /       (Día /Mes/Año)

| DATOS DEL PROFESIONAL                                                                                                      |                       |                                           |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------------------|--|
| Nombres                                                                                                                    |                       | Apellidos                                 |                   |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |
| Tipo de documento                                                                                                          | Número de documento   | Lugar de Expedición                       |                   |  |
| CC [ ] CE [ ] TI [ ]<br><small>CC: cedula de ciudadanía<br/>CE: Cedula de extranjería<br/>TI: Tarjeta de Identidad</small> |                       |                                           |                   |  |
| Profesión                                                                                                                  | Institución Formadora | Fecha de Grado                            | No. Acta de Grado |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |
| Dirección Residencia                                                                                                       | Ciudad                | Teléfono (Fijo y celular)                 |                   |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |
| Correo Electrónico                                                                                                         |                       |                                           |                   |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |
| SOLO PARA PROFESIONALES QUE HACEN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO<br>(Médicos, Bacteriólogos, Odontólogos, Enfermeros)         |                       |                                           |                   |  |
| Fecha de inicio de rural                                                                                                   |                       | No. de Resolución de terminación de rural |                   |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |
| SOLO PARA PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN SORTEO DE RURAL<br>(Médicos, Bacteriólogos, Odontólogos, Enfermeros)           |                       |                                           |                   |  |
| Fecha de sorteo                                                                                                            |                       | No. de resolución de inscripción a sorteo |                   |  |
|                                                                                                                            |                       |                                           |                   |  |

Firma del Profesional: \_\_\_\_\_

Adjunte los siguientes documentos:

- ✓ Fotocopia legible de cédula de ciudadanía.
- ✓ Acta de grado original y fotocopia legible y completa en tamaño carta. (El original del Acta de Grado se devuelve al momento de retirar la Resolución de autorización del ejercicio profesional)
- ✓ Fotocopia legible y completa del diploma en tamaño carta.
- ✓ PSICÓLOGOS deben aportar fotocopia de la Tarjeta Profesional.

Los profesionales que hacen Servicio Social Obligatorio además deben anexar:

- ✓ Original y fotocopia de Resolución de inicio del S.S.O (rural).
- ✓ Original y fotocopia de Resolución de terminación del S.S.O. expedida por la Secretaria de Salud de la jurisdicción donde se hizo el año de Servicio Social Obligatorio.

Firma del Funcionario que recibe: \_\_\_\_\_



DOCUMENTOS SUJETOS A VERIFICACIÓN

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN PARA AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL Y REFRENDACION DE DIPLOMA.

Fecha Solicitud:       /       /       (Día /Mes/Año).   Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Funcionario que recibe \_\_\_\_\_

**Tiempo de entrega:** La Resolución se entregará el jueves siguiente vencido veinte (20) días hábiles (sin incluir sábados, domingos ni festivos) posteriores a la fecha de radicación en horario de 8:00 a.m a 11:30 a.m.

El documento se entregará **ÚNICAMENTE** al titular o a una tercera persona con autorización notarial. Para reclamar la resolución debe presentar **éste desprendible**, **Diploma Original** y documento de identidad.

**IMPORTANTE:** ABSTÉNGASE DE ENTREGAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE NO TENGA VALIDEZ LEGAL ANTE ESTA SECRETARÍA.