



FORMULARIO DISPUESTO EN LÍNEA PARA REALIZAR SOLICITUD DE TARJETA PROFESIONAL DE MÉDICO

	SOLICITUD DE TARJETA PROFESIONAL DE MÉDICO	Ministerio de la Protección Social República de Colombia	
		Código:	Fecha:
		Versión:	

Ayuda:

Solicitud: Primera Vez Duplicado

Información Personal

Nombre Completo:
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de Documento: Número de Documento:

Expedida en:

Departamento: Municipio:

Lugar de Nacimiento:

País:

Departamento: Municipio:

Fecha de Nacimiento:
Año Mes Día



Libertad y Orden

Lugar de Residencia:

Dirección Residencia:

País:

Departamento:

Municipio:

Teléfono Residencia:
(Indicativo) (Número)

Correo Electrónico: @

Lugar Laboral:

Dirección Laboral:

País:

Departamento:

Municipio:

Teléfono Laboral:
(Indicativo) (Número) (Extensión)

Información Académica

Pregrado:

País de estudio:

Universidad: Otra?

Departamento:

Municipio:

Nº Diploma:

Fecha (AAAA/MM/DD):

Lugar de Residencia:

Dirección Residencia:

País:

Departamento:

Municipio:

Teléfono Residencia:
(Indicativo) (Número)

Correo Electrónico: @

Lugar Laboral:

Dirección Laboral:

País:

Departamento:

Municipio:

Teléfono Laboral:
(Indicativo) (Número) (Extensión)

Información Académica

Pregrado:

País de estudio:

Universidad: Otra?

Departamento:

Municipio:

Nº Diploma:

Fecha (AAAA/MM/DD):



Libertad y Orden

Nº Acta de Grado:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	Ver Calendario
Registro del Diploma:				
Libro:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	Ver Calendario
Folio:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	Ver Calendario
Resolución de Autorización:				
Departamento:	<input type="button" value="Seleccione..."/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	Ver Calendario
Nº Resolución:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	Ver Calendario
Prestó Servicio Social Obligatorio:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Prestación del Servicio Social Obligatorio:				
Departamento:	<input type="button" value="Seleccione..."/>	Municipio:	<input type="button" value=""/>	
Lugar de Recepción:	<input type="button" value="Seleccione..."/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	2010-11-18	
Departamento:	<input type="button" value="Seleccione..."/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	2010-11-18	
<input type="button" value="Verificar Formato"/> <input type="button" value="Generar PDF"/> <input type="button" value="Enviar"/>				
Nota: La generación de este PDF NO IMPLICA que su solicitud de tarjeta profesional de médico se haya enviado. Seleccione Enviar para realizar el envío. Descargar Adobe Acrobat Reader				



Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Planeación y Análisis de Política