

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



Libertad y Orden

SOLICITUD DE TARJETA PROFESIONAL DE
MÉDICO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Código:

Versión:

Fecha:

Ayuda:

Selecione...

Solicitud: ☒ Primera Vez ☐ Duplicado

Información Personal

Nombre Completo:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de Documento:

Selecione...

 Número de Documento:

Expedida en:

Departamento:

Selecione...

 Municipio:

Lugar de Nacimiento:

País:

COLOMBIA

Departamento:

Selecione...

 Municipio:

Fecha de Nacimiento:

Año

Mes

Día

Lugar de Residencia:

Dirección Residencia: Seleccione... Seleccione...

País:

Departamento: Seleccione... Municipio:

Teléfono Residencia: Correo Electrónico: @

[\(Indicativo\)](#) (Número)

Lugar Laboral:

Dirección Laboral: Seleccione... Seleccione...

País:

Departamento: Seleccione... 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: Seleccione... Seleccione...

País:

Departamento: Seleccione... Municipio:

Teléfono Residencia: Correo Electrónico: @

[\(Indicativo\)](#) (Número)

Lugar Laboral:

Dirección Laboral: Seleccione... Seleccione...

País:

Departamento: Seleccione... Municipio:

Teléfono Laboral:

[\(Indicativo\)](#) (Número) (Extensión)

Información Académica

Pregrado:

País de estudio:

Universidad: Otra? ☐

Departamento: Municipio:

Nº Diploma: Fecha (AAAA/MM/DD):

Nº Acta de Grado:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Ver Calendario"/>
Registro del Diploma:				
Libro:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Ver Calendario"/>
Folio:	<input type="text"/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Ver Calendario"/>
Resolución de Autorización:				
Departamento:	<input type="text" value="Seleccione..."/>	Fecha (AAAA/MM/DD):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Ver Calendario"/>
Nº Resolución:	<input type="text"/>			
Prestó Servicio Social Obligatorio:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Prestación del Servicio Social Obligatorio:				
Departamento:	<input type="text" value="Seleccione..."/>	Municipio:	<input type="text"/>	
Lugar de Recepción:				
Departamento:	<input type="text" 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				

