



SOLICITUD DE REGISTRO O INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES, TÉCNICOS Y AUXILIARES DEL AREA SALUD Y AFINES

Versión
01.08

Tipo de Solicitud:	REGISTRO	No. Solicitud:	9487435-052015	Fecha de Solicitud:	2015-05-26
--------------------	-----------------	----------------	-----------------------	---------------------	-------------------

A. Información Personal - (NA = No Responde / No Aplica.)

Página 1 de 2

1er. Nombre		2do. Nombre		1er. Apellido		2do. Apellido	
NATY		MONI		RAMIREZ		TARA	
Genero	Tipo de Identificación	No. de Identificación		País de Expedición			
FEMENINO	C.C.	10851085		COLOMBIA			
Departamento de Expedición				Ciudad de Expedición		Fecha de Nacimiento	
Nariño				PASTO		1995-01-18	
País de Nacimiento		Depto. de Nacimiento		Ciudad de Nacimiento			
COLOMBIA		Nariño		PASTO			
Dirección de Residencia(Envío Correo)							
CALLE 18							
País de Residencia		Depto. de Residencia		Ciudad de Residencia			
COLOMBIA		Nariño		PASTO			
Correo Electrónico				Teléfono		Otro Teléfono	
ddede@df.com				123456		1234546	

B. Información Académica

Nivel Académico		Título de estudio					
AUXILIAR		FFGFG					
País de Estudio		Departamento de Estudio			Ciudad de Estudio		
COLOMBIA		Nariño			PASTO		
Institución de Estudio							
UNIVERSIDAD MARIANA							
Fecha de Grado	No. de Diploma de Estudio	Fecha de Diploma de Estudio	No. de Acta de Estudio	Fecha de Acta de Estudio			
2006-04-10	NA	2006-10-25	NA	2007-07-15			
No. de Resolución de Convalidación del Min. de Educación				Fecha de Resolución de Convalidación del Min. de Educación			
NA				NA			

C. Diligenciar solamente para Inscripción

Departamento de Registro del Título		No. de Resolución de Aprobación del ejercicio Profesional		Fecha de Resolución de Aprobación	
NO APLICA		NA		NA	
Institución de Registro del Título					
NA					

D. Prestación del Servicio Social Obligatorio (S.S.O.)

Departamento de Prestación S.S.O.				Ciudad de Prestación S.S.O.		
NO APLICA				NO APLICA		
Institución de Prestación de S.S.O.					No. de Plaza	
NO APLICA					NA	
No. de Resolución de Habilitación de Plaza	Fecha de Resolución de Habilitación de Plaza	Fecha de Inicio del S.S.O.	Fecha de Terminación del S.S.O.	No. de Acta de Exoneración	Fecha de Acta de Exoneración	
NA	NA	NA	NA	78946554	2006-01-02	
Forma(s) de Vinculación a la Institución donde se Prestó el S.S.O.						
Tipo de Vinculación		No. de Tipo de Vinculación		Fecha de Tipo de Vinculación		
NA		NA		NA		
NA		NA		NA		
NA		NA		NA		

Firma del Solicitante:

Nombre de Quien Recibe:

Firma de Quien Recibe:

Fecha de Recibido:

Espacio para ser diligenciado exclusivamente por el Instituto Departamental de Salud de Nariño

No. de Registro	No. de Libro	No. de Folio	Fecha

DESPRENDIBLE PARA RETIRAR EL REGISTRO O INSCRIPCIÓN DEL TÍTULO

No. de Solicitud: **9487435-052015**

Nombres	Apellidos	No. Identificación
NATY MONI	RAMIREZ TARA	10851085

Recibió:

Fecha Recibido:

Fecha Entrega:



Tipo de Solicitud:	REGISTRO	No. Solicitud:	9487435-052015
--------------------	-----------------	----------------	-----------------------

Requisitos para el registro de título de los profesionales del área de la salud que han prestado el S.S.O. en el departamento (Medicina, Odontología, Bacteriología y Enfermería)

- Solicitud diligenciada.
- Recibo de Caja de Tesorería del IDSN.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Original del diploma.
- Fotocopia del diploma.
- Original del acta de grado.
- Fotocopia del acta de grado.
- Una fotografía tamaño 3 x 4.
- Constancia original firmada por el alcalde, Director o Gerente de la IPS, que contenga:
 - Fechas de inicio y terminación del S.S.O.
 - Número de plaza y número de resolución de habilitación de la misma.
- Copia del acto administrativo de vinculación al S.S.O. puede ser Contrato, Resolución o Decreto de Nombramiento y Acta de Posesión.
- Original y copia de la Resolución de Convalidación del título expedida por el Ministerio de Educación (En caso de haber terminado estudios en el exterior).

Requisitos para el registro de título de los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud y afines que no están obligados a prestar el S.S.O.

- Solicitud diligenciada.
- Recibo de Caja de Tesorería del IDSN.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Original del diploma.
- Fotocopia del diploma.
- Original del acta de grado.
- Fotocopia del acta de grado.
- Una fotografía tamaño 3 x 4.
- Original y copia de la Resolución de Convalidación de título expedida por el Ministerio de Educación (En caso de haber terminado estudios en el exterior).

Requisitos para la inscripción de título de especialista, y para la inscripción de título de los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud y afines registrados en otros departamentos.

- Solicitud diligenciada.
- Recibo de Caja de Tesorería del IDSN.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Original del diploma.
- Fotocopia del diploma.
- Original del acta de grado.
- Fotocopia del acta de grado.
- Una fotografía tamaño 3 x 4.
- Original o copia auténtica de la resolución de registro en otro departamento, por medio de la cual se autoriza el ejercicio profesional.
- Original y copia de la Resolución de Convalidación de título expedida por el Ministerio de Educación (En caso de haber terminado estudios en el exterior).

Nota: El retiro del documento de registro o inscripción se hará en forma personal por el titular, en caso contrario se deberá presentar poder original debidamente autenticado por la autoridad competente.