

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA**
**INFORMACIÓN PERSONAL**
**NOMBRES Y APELLIDOS:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

**IDENTIFICACIÓN:**

 CC  CE  No.  Expedida en 

Fecha de expedición	Año	Mes	Día	Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

Lugar de nacimiento

País <input style="width: 150px;" type="text"/>	Departamento <input style="width: 150px;" type="text"/>	Municipio <input style="width: 150px;" type="text"/>
	(Aplica para Colombianos)	(Aplica para Colombianos)

 Sexo Masculino  Femenino 
**LUGAR DE RESIDENCIA:**

 Departamento  Municipio 

 Dirección 

Teléfono <input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
(Indicativo)	(Número)	(Celular)

 Correo electrónico  @ 
**REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO MÉDICO (PREGRADO)**

Resolución de autorización del ejercicio como médico

No. Resolución <input style="width: 80px;" type="text"/>	Departamento <input style="width: 80px;" type="text"/>	Fecha de expedición	Año	Mes	Día
			<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

Tarjeta profesional de médico No <input style="width: 200px;" type="text"/>	Fecha de expedición	Año	Mes	Día
		<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

**INFORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ESPECIALIDAD (POSTGRADO)**

 Institución de educación superior 

 Título 

País <input style="width: 150px;" type="text"/>	Departamento <input style="width: 150px;" type="text"/>	Municipio <input style="width: 150px;" type="text"/>
	(Aplica para Colombianos)	(Aplica para Colombianos)

 No. Registro del título 

Libro <input style="width: 250px;" type="text"/>	Folio <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha	Año	Mes	Día
			<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

No. Acta de grado <input style="width: 450px;" type="text"/>	Fecha	Año	Mes	Día
		<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

Convalidación Ministerio de Educación Nacional o ICNES (Si aplica)\*

No. Resolución <input style="width: 450px;" type="text"/>	Fecha	Año	Mes	Día
		<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

\* Solo se requiere si el título fue obtenido en el exterior

**REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA**

1. Formulario oficial establecido por la entidad
2. Haber obtenido el título de especialista en anestesiología
3. Haber obtenido el título educativo en el exterior, en caso de estudios fuera del país

**DOCUMENTOS QUE NECESITA EL USUARIO PARA REALIZAR EL TRÁMITE**

1. Solicitud de autorización del ejercicio profesional de anestesiología
2. Certificación del registro del título de la especialidad en anestesiología o anestesiología y reanimación
3. Resolución de convalidación en el evento de haber obtenido el título en el exterior

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**  
Comm. (1) 3 30 5000 Ext. 8000; 8020