



PROCESO

DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Código

THSF01

Formato

Autorización del ejercicio de la especialidad de anestesiología

Versión

1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar de nacimiento

País  Departamento  Municipio   
(Aplica para Colombianos) (Aplica para Colombianos)

Sexo Masculino  Femenino

LUGAR DE RESIDENCIA:

Departamento  Municipio

Dirección

Teléfono     
(Indicativo) (Número) (Celular)

Correo electrónico  @

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO MÉDICO (PREGRADO)

Resolución de autorización del ejercicio como médico

No. Resolución  Departamento  Fecha de expedición 

Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tarjeta profesional de médico No.  Fecha de expedición 

Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ESPECIALIDAD (POSTGRADO)

Institución de educación superior

Título

País  Departamento  Municipio   
(Aplica para Colombianos) (Aplica para Colombianos)

No. Registro del título

Libro  Folio  Fecha 

Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No. Acta de grado  Fecha 


Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

No. Resolución  Fecha 

Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

	<b>PROCESO</b>	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD</b>	<b>Código</b>	<b>THSF01</b>
	<b>Formato</b>	<b>Autorización del ejercicio de la especialidad de anestesiología</b>	<b>Versión</b>	<b>1</b>

**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