

FORMULARIO PARA SOLICITAR LICENCIAMIENTO.

| 1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. | | | |
|--|-------|--------------|---------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | | |
| DEPENDENCIA (MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA) | MSPBS | IPS | PRIVADO |
| DIRECCIÓN | | | |
| LOCALIDAD | | DEPARTAMENTO | |
| TELEFONO | | FAX | |
| E-MAIL | | PÁGINA WEB | |
| NOMBRE DEL JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | | | |
| E- MAIL DEL JEFE DE DOCENCIA | | | |
| TELEFONO DEL JEFE DE DOCENCIA | | | |

| 2. IDENTIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA (completar para cada residencia que desarrollará en la Unidad Formadora) | |
|--|--|
| TIPO DE EVALUACIÓN | _____ INICIAL _____ REEVALUACIÓN |
| NOMBRE DE LA RESIDENCIA | |
| DURACIÓN DE LA RESIDENCIA | |
| TIPO DE ESPECIALIDAD (Marque con una X la opción que corresponda) | TRONCAL O PRIMARIA SUB ESPECIALIDAD |
| JEFE DE SERVICIO | |
| DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE | |
| NOMBRE DEL COORDINADOR ACADÉMICO DE LA RESIDENCIA | |
| E- MAIL DEL COORDINADOR ACADÉMICO | |
| TELÉFONO DEL COORDINADOR ACADÉMICO | |