

**FORMULARIO PARA SOLICITAR LICENCIAMIENTO.**

<b>1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.</b>			
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			

<b>2. IDENTIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA (completar para cada residencia que desarrollará en la Unidad Formadora)</b>	
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	