FORMATO IDONEIDAD DEL PERSONAL.

Este Anexo debe ser diligenciado para todo el personal asistencial que oferte el proponente. El ÁREA DE SANIDAD MAGDALENA se reserva el derecho de verificar la información.

Ciudad (donde presta el servicio) y fecha:
Unidad donde labora el profesional empleado:
Nombres y Apellidos:
Cédula de Ciudadanía:
Fecha de Nacimiento: **Nacionalidad:**
Profesión:
Universidad:
No. de Registro Profesional o Tarjeta Profesional:
Título Obtenido:
Especialización:
Subespecialidades: (tómese por Subespecialistas al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad, por no estar reglamentado en el país este tema se aceptan aún certificaciones de entrenamiento en el extranjero)
Tiempo de experiencia en la Profesión:
Tiempo de servicio en la Institución Oferente.
Cargo que desempeña
Tiempo de dedicación (donde labora)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCION:
TELEFONO: