ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 8987 de 06/09/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BERNAL PATIÑO INGREE MARYETH Identificado(a) con CC número 52886438 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO(A), según título que le otorgó la UNIV. DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES. UDCA. el día 12/06/2009, acta de grado No.5278, Diploma No. 5278 y registrado en el libro 2 Folio 27 año 2009

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la)HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 03/08/2009 y 03/08/2010

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BERNAL PATIÑO INGREE MARYETH identificado(a) con CC número 52886438 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de MEDICO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **06/09/2010**

Dr. Hernán Redondo Gómez
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios
Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez
Aprobó : Isabel Cristina Arranduaga.

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____ .

Firma