

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
**SORTEO DE PLAZAS DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN ODONTOLOGIA,**  
**ENFERMERIA, MEDICINA Y BACTERIOLOGIA**  
**ACUERDO 005 DE 14 DE DICIEMBRE DE 2010**  
**CONSEJO NACIONAL COORDINADOR DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**

**INSCRIPCIÓN No.** \_\_\_\_\_

<b>DIRECCION DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD</b>

<b>DATOS DEL PROFESIONAL</b>		
<b>NOMBRES</b>	<b>APELLIDOS</b>	
<b>IDENTIFICACION</b>	<b>LUGAR DE EXPEDICIÓN</b>	
<b>PROFESION</b>	<b>UNIVERSIDAD</b>	<b>FECHA DE GRADO</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>Firma del Profesional:</b> _____		

El formulario debe ser diligenciado a máquina o en letra de imprenta legible, la información escrita se entenderá bajo gravedad e juramento. El profesional deberá aportar fotocopia de la cédula de ciudadanía, copia del Acta de Grado o Título, cuando el título haya sido obtenido en el exterior se requiere presentar el acto administrativo de convalidación de acuerdo a las normas vigentes. Los profesionales solamente podrán inscribirse en una Dirección Departamental o Distrital de Salud. En caso de que el profesional se inscriba en dos o más entidades, no será válida ninguna inscripción.

Firma del Responsable  
de recibir la inscripción: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_