



**FORMATO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN  
DE USO DE LA TARJETA DE IDENTIDAD DE LA MISION MEDICA**

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/      RADICACIÓN # \_\_\_\_\_  
          DD    MM   AA

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA TARJETA DE IDENTIDAD DE LA MISION MÉDICA**

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE					
INSTITUCIÓN:				PÚBLICA: ___ PRIVADA: ___	
MUNICIPIO:			DEPARTAMENTO:		
PERFIL INSTITUCIONAL: ASISTENCIAL ___ TRASLADO ___ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ___ OTRO: ___					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:					
CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL:					
INFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO QUE UTILIZARA EL EMBLEMA					
INFORMACION PERSONAL					
NOMBRES	APELLIDOS	N° ID	FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO SANGUINEO Y Rh	ESTATURA
CARGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	DEPENDENCIA	TIPO CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	NUMERO TARJETA
ESPACIO RESERVADO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EMBLEMA					
Autorizado: Si ___ No ___			Ente que autoriza:		Firma:
Nombre del responsable:					
Cargo:		Fecha autorización ___/___/___/ Vigencia hasta: ___/___/___/			