

SOLICITUD DE REGISTRO DE TÍTULO DE PROFESIONAL MÉDICO (CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 8 DE L.E.M)

NÚMERO DE SOLICITUD:	799800
FECHA DE SOLICITUD:	30/05/2022
FECHA DE LA CITA:	30/05/2022
HORARIO DE ATENCIÓN:	8:00 AM A 12:00 PM
TIPO DE REGISTRO:	DEFINITIVO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

N° DE CÉDULA/PASAPORTE: V-22984829	APELLIDOS: POLANCO SUAREZ	NOMBRES: KEISI YAMELIS
FECHA DE NACIMIENTO: 28/01/1993	SEXO: FEMENINO	ETNIA:
		SITUACIÓN CONYUGAL: SOLTERO(A)

DATOS DEL LUGAR DE NACIMIENTO DEL (DE LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

PAÍS: VENEZUELA	ESTADO: BARINAS	MUNICIPIO: BARINAS	CIUDAD: BARINAS
------------------------	------------------------	---------------------------	------------------------

DATOS DE LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y DE LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL (DE LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

ESTADO: BARINAS	MUNICIPIO: BOLÍVAR	PARROQUIA: BARINITAS	CIUDAD: BARINITAS
DIRECCIÓN: URBANIZACION TERRAZAS DE SANTO DOMINGO, CALLE CALLE 6B, CASA CASA 247, PISO		CÓDIGO POSTAL: 5206	PUNTO DE REFERENCIA:
TELÉFONO DE HABITACIÓN: 0273-8716126	TELÉFONO MÓVIL: 0412-1346444	CORREO ELECTRÓNICO: KEISIPOLANCO1712@GMAIL.COM	

DATOS DEL TÍTULO OBTENIDO POR EL (LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

TÍTULO OBTENIDO: MÉDICO(A) CIRUJANO(A)	INSTITUCIÓN FORMADORA: UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL RÓMULO GALLEGOS	FECHA DE GRADO: 19/10/2016
CONDICIÓN: GRADUADO EN VENEZUELA	TIPO DE DOCUMENTO PRESENTADO: CONSTANCIA DE CULMINACIÓN DE ESTUDIO	NOMBRE DEL EMISOR DE LA CONSTANCIA: DR HARRY SANCHEZ
FECHA CULMINACIÓN DE ESTUDIO: 10/10/2016	FECHA DE EMISIÓN DE LA CONSTANCIA CULMINACIÓN: 10/10/2016	

DATOS DEL REGISTRO PÚBLICO DE TÍTULO OBTENIDO EN VENEZUELA POR EL (LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

REGISTRO PÚBLICO DEL ESTADO: BARINAS	FECHA DEL REGISTRO: 03/03/2017	NÚMERO: 34	FOLIO: 124	TOMO: 18
---	---------------------------------------	-------------------	-------------------	-----------------

DATOS DEL COLEGIO O GREMIO QUE AGRUPA AL (A LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

COLEGIO O GREMIO: COLEGIO DE MÉDICOS	ESTADO: BARINAS	NÚMERO DE COLEGIO: 2589
---	------------------------	--------------------------------

DATOS DEL (DE LA) DIRECTOR(A) REGIONAL DE SALUD, DONDE EL (LA) TITULAR DE LA SOLICITUD REALIZÓ LAS PASANTÍAS

TIPO DE PASANTÍA: RURAL	ESTADO: BARINAS	NOMBRE DEL DIRECTOR: DRA. NELLYS MOLINA CONTRERAS	FECHA DE EMISIÓN: 15/12/2017
--------------------------------	------------------------	--	-------------------------------------

DATOS DE LA REALIZACIÓN DE LAS PASANTÍA DEL (DE LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

ESTADO	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA INICIO	FECHA CULMINACIÓN
BARINAS	BOLÍVAR	D.M.S. BOLIVAR (BAR)	15/12/2016	15/12/2017

DATOS DE LA CONSTANCIA DE RESIDENCIA DEL (DE LA) TITULAR DE LA SOLICITUD

ESTADO	MUNICIPIO:	RESPONSABLE DE EMISIÓN:	FECHA DESDE	FECHA HASTA	DIRECCIÓN
BARINAS	BOLÍVAR	MAYELI BASTIDAS	10/12/2016	01/01/2017	URBANIZACION TERRAZAS DE SANTO DOMINGO, CALLE 6B, CASA 247

CONDICIONES Y RECAUDOS DE LA SOLICITUD A CONSIGNAR EN EL SACS

CONDICIÓN/RECAUDO	FUENTE	CANTIDAD
1 EL PAGO DE LA SOLICITUD DEBERÁ REALIZARSE DE MAN		