



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA  
NIT:800.113.6727  
SECRETARIA DE SALUD



03 JUN 2026

CIRCULAR

(211-1-1-1)

DE: INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ  
Secretaria de Salud del Tolima

PARA: GERENTES IPS DE LA RED PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO TOLIMA.

ASUNTO: CITACION A LOS CURSOS DE INDUCCIÓN AL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

La secretaria de Salud del Tolima en cumplimiento de la Resolución No.000774 del 17 de mayo del 2022, Artículo 31, informa a todos los Profesionales, que van a iniciar el cumplimiento del **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en las entidades adscritas o vinculadas al Sistema de Salud, que deben recibir unos cursos de "MEDICINA LEGAL y de "INDUCCIÓN". El curso de Medicina Legal se realizará los días 21 y 22 de julio del 2026 en el horario 7:30 a.m. a 12:00 m. – 2:00 p.m. a 5:00 p.m. Los días 23 y 24 de julio del 2026, en el horario 7:30 a.m. a 12 M. y de 2 p.m. a 5 p.m. Y (El día 25 de julio) en el horario es de 7:30 a.m. a 12:00 M. Estos cursos son de manera presencial en el Auditorio Los Galenos, Calle 33 No.4A-50 Barrio el Limón del Hospital Federico Lleras Acosta.

Es de notar que la responsabilidad de la inasistencia de los profesionales del SSO., es únicamente del Gerente de la institución y el profesional que genera reportes a los entes de control.

**Las Inscripciones para los Cursos de Inducción:** Son los días 13 al 17 de julio del 2026, posterior a las fechas indicadas **NO** se recibirán más documentos de inscripción al curso y solo se aceptarán los que se inscriban adjuntando el formulario al correo electrónico; [liliana.castaneda@saludtolima.gov.co](mailto:liliana.castaneda@saludtolima.gov.co)

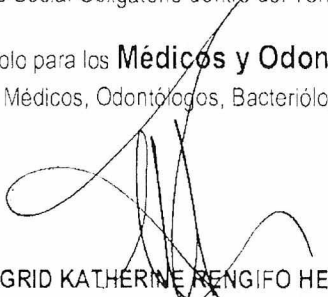
**Requisitos:** Formulario adjunto diligenciado, Fotocopia del Diploma, Acta de Grado o Certificación de la universidad que informe que terminó materias y está pendiente la ceremonia de grado, fecha límite 31 de julio de 2026, Resolución de convalidación del ICFES si realizó estudios en el exterior, fotocopia de la cédula de ciudadanía.

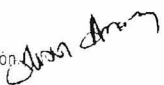
**El CURSO DE INDUCCION es exigido por las IPS,** como requisito para ingresar a la institución a prestar el Servicio Social Obligatorio y posteriormente Medicina Legal y la Secretaria de Salud del Tolima, lo exige como requisito para la expedición del Certificado del Servicio Social Obligatorio dentro del Territorio Nacional.

El curso de **Medicina Legal** es solo para los **Médicos y Odontólogos**.

El curso de **Inducción** es para los Médicos, Odontólogos, Bacteriólogos y Enfermeras.

Cordialmente,

  
INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ  
Secretaria de Salud del Tolima

Aprobó: Alison Amaya Reyes – Directora Dirección de Desarrollo de Servicios y Calidad de la Prestación  
Proyecto: Liliana Castañeda L. 

Edificio Gobernación del Tolima – Carrera 3 entre Calle 10 y 11, Piso 6°  
[despacho@saludtolima.gov.co](mailto:despacho@saludtolima.gov.co)  
Ibagué - Tolima - Colombia



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

NIT:800.113.6727

SECRETARIA DE SALUD



@gobertolima  
www.tolima.gov.co

**CURSO DE MEDICINA LEGAL Y DE INDUCCION SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**

LOS DIAS 21, 22, 23, 24 Y 25 DE JULIO DE 2026

| FORMULARIO DE INSCRIPCION AL CURSO DE INDUCCION PARA LOS ASPIRANTES A REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                             |              |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|--------------|-----------------|
| 1. DATOS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                             |              |                 |
| APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                             |              |                 |
| NOMBRES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                             |              |                 |
| CEDULA DE CIUDADANIA No.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                             |              |                 |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                             |              |                 |
| CIUDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                             |              |                 |
| TELÉFONO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | CELULAR:                    |              |                 |
| FECHA DE GRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | No. DE ACTA DE GRADO        |              |                 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                             |              |                 |
| 2. PROFESION: (Marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                             |              |                 |
| MEDICINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ODONTOLOGÍA | BACTERIOLOGÍA               | ENFERMERIA   |                 |
| Egresado de la Universidad de:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                             |              |                 |
| Fecha de Grado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                             |              |                 |
| 3. CURSO DE INDUCCION: (Marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                             |              |                 |
| CURSO DE INDUCCION ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | CURSO DE MEDICINA LEGAL ( ) |              |                 |
| 4. ANTECEDENTES ACADEMICOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                             |              |                 |
| ESTUDIOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INSTITUCION | CIUDAD                      | FINALIZACION | TÍTULO OBTENIDO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                             |              |                 |
| <p><b>Nota:</b> Debe anexar fotocopia de la cédula de ciudadanía, del Acta de Grado, del Diploma o Certificación de la Universidad que terminó materias y está pendiente la ceremonia de grado. Resolución de convalidación del ICFES si realizó estudios en el exterior, enviar al correo electrónico: <a href="mailto:liliana.castaneda@saludtolima.gov.co">liliana.castaneda@saludtolima.gov.co</a>, posterior a las fechas indicadas no se recibirán más documentos de inscripción al curso y solo se aceptarán los que se inscribieron.</p> |             |                             |              |                 |
| FIRMA DEL PROFESIONAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | FECHA DE INSCRIPCION:       |              |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                             |              |                 |