



Nombres:		C.C./C.E	
Apellidos:			
Dirección Residencia:			
Teléfono:	Ciudad.:		
Dirección Consultorio u Hospital:			
Teléfono:	Ciudad		
Correo Electrónico:		Celular:	
Lugar y fecha de nacimiento:			

MEDICINA GENERAL

Nombre	Ciudad	Título
Universidad		Obtenido
Fecha de Grado:	No. Diploma:	Reg. Méd:

RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA

Nombre	Ciudad	Desde-
Universidad		Hasta

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Nombre	Ciudad	Título
Universidad		Obtenido
Fecha de Grado:	No. Diploma:	Reg. Méd:

Otros títulos reconocidos:

Ciudad y Fecha	Firma del Aspirante
----------------	---------------------

Presentado por:

Nombres y Apellidos	Firma	
Nombres y Apellidos	Firma	
Aceptado como Miembro:	Fecha:	Acta No.

REQUISITOS

I. MIEMBROS ADHERENTE

1. Diligenciar Formato de Afiliación (adjunto).
2. Copia del diploma y acta de grado de médico.
3. Certificado expedido por la Universidad donde está realizando la Residencia en Medicina Interna.
4. Hoja de vida actualizada.
5. Una fotografía tipo documento para su carne de membresía.

II. MIEMBROS ASOCIADO

1. Diligenciar Formato de Afiliación (adjunto).
2. Copia del diploma y acta de grado de médico.
3. Hoja de vida actualizada.
4. Una fotografía tipo documento para su carne de membresía.

III. MIEMBROS DE NUMERO

1. Diligenciar Formato de Afiliación (adjunto).
2. Copia del diploma y acta de grado de médico.
3. Copia del Diploma de Especialista en Medicina Interna. En caso de ser de una universidad extranjera, adjuntar la copia de la convalidación del título ante los entes correspondientes.
4. Copia de Diploma de subespecialidades si aplica.
5. Hoja de vida actualizada.
6. Una fotografía tipo documento para su carne de membresía.