



Nombres:	C.C./C.E	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Apellidos:		
Dirección Residencia:		
Teléfono:	Ciudad.:	
Dirección Consultorio u Hospital:		
Teléfono:	Ciudad.:	
Correo Electrónico:	Celular:	
Lugar y fecha de nacimiento:		

MEDICINA GENERAL

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

RESIDENCIA EN MEDICINA INTERNA

Nombre Universidad	Ciudad	Desde - Hasta
_____	_____	_____

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Nombre Universidad	Ciudad	Título 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.
------------------------	--------	----------

La ACMI se reserva el derecho a la verificación de los documentos que el afiliado suministre, los cuales deben ser completos, inéditos y auténticos.

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.

