



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGIA Y
CIRUGIA CARDIOVASCULAR

PROCESO: Otros Procesos de Apoyo
SUBPROCESO: N/A
PROCEDIMIENTO: Ingreso de Miembros
FORMATO: Solicitud de Ingreso
Versión: 21

Foto a color
3x4

CATEGORIA DE MIEMBRO: Número ____ Adherente ____ Asociado ____

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos _____

Cédula de Ciudadanía No: _____ de _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar _____

Dirección Residencia _____

Teléfono _____ Celular _____ Ciudad _____

E-Mail _____

Dirección Consultorio Privado _____

Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____

E-Mail _____

Dirección Institucional _____

Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____

E-Mail _____

¿A QUE CAPITULO Y/O COMITÉ DESEARÍA PERTENECER?, POR FAVOR MARQUE CON UNA X.

Hemodinamia , Electrofisiología , Ecocardiografía e Imagen Cardíaca , Cardiología Pediátrica , Cardiología de la Mujer ,
Falla Cardíaca, Trasplante cardíaco e hipertensión pulmonar , Cirugía Cardiovascular , Hipertensión Arterial , Enfermedad
Coronaria , Perfusión , Enfermería , Enfermedad de Chagas , Prevención y Rehabilitación , Diabetes y lípidos ,
Medicina Vascular , Bioingeniería Cardiovascular , Trombosis y Anticoagulación , Cardiología en Afrodescendientes ,
Anestesiología Cardiovascular , Niñez y Adolescencia , Cardiooncología , Cardiocultura , Comité de Publicaciones Web,
Telemedicina , VIH y Corazón .

Enviar correspondencia a: Residencia ____ Consultorio ____ Institución ____

Importante: Cualquier modificación de estos datos, favor informarlos oportunamente.

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS:

Título _____ Colegio _____

Año _____ Ciudad _____

PREGRADO:

Título _____ Universidad _____

Fecha _____ Ciudad _____

Registro Médico Nacional No. _____ Registro Médico Departamental No. _____

POSTGRADO:

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

2. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

3. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

ESPECIALIZACIÓN

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

2. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

OTROS:

1. Título _____

Universidad _____ Institución _____

Fecha _____ Ciudad _____

Para estudios realizados en el exterior se debe anexar la convalidación ante EL ICFES.

SOCIEDADES CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE

NACIONALES

CATEGORIA

AÑO DE VINCULACIÓN

INTERNACIONALES

CATEGORIA

AÑO DE VINCULACIÓN

BREVE RESEÑA LABORAL (Últimos 3 Cargos)

ASISTENCIA

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

DOCENCIA

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Institución _____ Cargo _____ De _____ a _____

Atentamente,

_____ Ciudad y fecha _____