



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGIA Y
CIRUGIA CARDIOVASCULAR

PROCESO: Otros Procesos de Apoyo
SUBPROCESO: N/A
PROCEDIMIENTO: Ingreso de Miembros
FORMATO: Solicitud de Ingreso
Versión: 20

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.

Residentes , Reanimación y Cuidado Crítico Cardiovascular , Cardiometabolico , Investigación y Epidemiología , Hipertensión Arterial , Enfermedad de Chagas , Prevención y Rehabilitación , Cardiología de la Mujer , Enfermedad Coronaria , Perfusión , Enfermería , Medicina Vascul, SCC y CC , Hemodinamia Intervencionismo Cardiovascular , Electrofisiología , Ecocardiografía , Cardiología Pediatrica , Falla Cardíaca , Cirugía Cardiovascular .

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 _____