



# FORMATO AFILIACIÓN FDC



Nombre \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Tel. Res. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Dir. Consultorio \_\_\_\_\_ Tel. Cons. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Personal \_\_\_\_\_ Cel. (1) \_\_\_\_\_

Correro Electrónico Institucional \_\_\_\_\_ Cel. (2) \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS SECUNDARIOS

Colegio (Ciudad) \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Fecha de grado \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Universidad \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Fecha de grado \_\_\_\_\_

No. Diploma \_\_\_\_\_ Reg. Méd. No. \_\_\_\_\_

## SUB-ESPECIALIZACIÓN

Institución (Ciudad) \_\_\_\_\_

Título obtenido \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Fecha de grado \_\_\_\_\_ Diploma No. \_\_\_\_\_

Otros títulos reconocidos: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES ASISTENCIALES**

Institución \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES DOCENTES**

Institución \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES CIENTÍFICAS** (Congresos, Cursos Programas de investigación en que ha participado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AFILIACIÓN A OTRAS SOCIEDADES** (Médicas y no médicas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TRABAJOS CIENTÍFICOS Y PUBLICACIONES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CARGOS DESEMPEÑADOS** (En sociedades médicas, administrativas, entre otras)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad y fecha

Firma del Aspirante

Presentado por: \_\_\_\_\_

Nombre

Firma

Nombre

Firma

Aceptado como Miembro

, el día

Acta No.