



## FORMATO DE AFILIACIÓN AL COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

### 1.DATOS PERSONALES

**FECHA DE AFILIACIÓN**

D

M

A

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Lugar de nacimiento	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Documento de indentidad	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.e <input type="checkbox"/> Pte.	No.	<input type="text"/>
		De	<input type="text"/>
Dirección de correspondencia	<input type="text"/>		Telefono <input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

### 2.INFORMACIÓN PERSONAL

Profesión	<input type="text"/>	Universidad	<input type="text"/>	Fecha de grado	<input type="text"/>
Especialización	<input type="text"/>	Universidad	<input type="text"/>	Fecha de grado	<input type="text"/>
No. de registro medico	<input type="text"/>				
No. de tarjeta profesional	<input type="text"/>				

### 3.INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación/cargo	Institución	Dirección	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**FIRMA**