

# Solicitud de Ingreso

## Datos Personales

Nombres:	Primer apellido:
Segundo apellido:	Documento de identidad: Expedido en:
Fecha de nacimiento:	Estado civil:

## Domicilio Actual

Dirección:		Ciudad:
Teléfono fijo:	Celular:	Correo electrónico:

## Trabajo Actual

Institución:	Dirección:
Ciudad:	Teléfono: Fax:

## Información Académica

Médico general egresado de la Universidad:		
Ciudad:	Año:	Registro Médico:

Médico especialista egresado de la Universidad:	
Ciudad:	Año:

Subespecialidad:	Universidad:
Ciudad:	Año:

¿Desea pertenecer al Programa de Promoción y Mejoramiento de la Calidad de la Radiología e Imágenes Diagnósticas? - Recertificación Médica Voluntaria:      Si       NO       (Aplica sólo para miembros Activos)

## Zonal y Categoría del Asociado

Zonal:	Transitorio	Activo	Correspondiente	Adscrito	Especialidad
--------	-------------	--------	-----------------	----------	--------------

Autorizo a la Asociación Colombiana de Radiología para que mediante mensajes de texto a mi celular (SMS o Whats App) y a través de mensajes a mi dirección de correo electrónico se me envíe ocasionalmente información de carácter académico, científico o gremial que pueda ser de mi interés. Del mismo modo autorizo recibir en mi dirección postal la correspondencia que periódicamente envía la Asociación a sus miembros. Para dar cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y el Artículo 10 de la ley 1377 de 2013, autorizo que mis datos personales sean incluidos en las bases de datos de la ACR, que será la responsable por el tratamiento de estos datos a través de su recopilación y actualización por los diferentes medios de comunicación.

Firma del Solicitante:	Fecha de Solicitud:
------------------------	---------------------

A este formulario debidamente diligenciado deberá adjuntarse:

- **Miembro Activo y Correspondiente:** Hoja de vida actualizada, foto 3x4 cm fondo blanco, copia de cédula, copia del título de médico y del acta de grado, copia del título de especialista y del acta de grado, copia de título de subespecialista (si aplica), copia de certificado de servicio social obligatorio (año rural), carta de recomendación de 2 Asociados Activos u Honorarios de la ACR. Si ha cursado estudios de pre-grado o posgrado en el exterior adjuntar fotocopia de convalidación del título en Colombia expedida por el ICFES o por el Ministerio de Educación Nacional.
- **Miembro Transitorio (Residente):** Hoja de vida actualizada, foto 3x4 cm fondo blanco, copia de cédula, copia del título de médico y del acta de grado, copia de certificado de servicio social obligatorio (año rural), carta de la universidad que certifique sus estudios actuales en radiología.
- **Miembro Adscrito:** Hoja de vida actualizada, foto 3x4 cm fondo blanco, copia de cédula, copia del título de médico y del acta de grado, copia del título de especialista y del acta de grado, copia de certificado de servicio social obligatorio (año rural), carta de recomendación de 2 Asociados Activos u Honorarios de la ACR, certificación de membresía a la sociedad nacional de la especialidad de base, certificado de 1 año de formación como sub-especialista o de 5 años de ejercicio. Si ha cursado estudios de pre-grado o posgrado en el exterior adjuntar fotocopia de convalidación del título expedida por el ICFES o por el Ministerio de Educación Nacional).