

COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR
CONSEJO DE ESPECIALIDADES MEDICAS (COMCES)
SOLICITUD DE CERTIFICACION COMO ESPECIALISTA



Especialidad solicitada a certificar: _____

Colegio Médico de El Salvador, en sus estatutos vigente establece en su Capítulo II de Fines u objetivos, en el artículo 4, literal f, y en su capítulo VI, artículo 24, literal i, que tiene el alcance de "certificar especialistas en las diferentes ramas de la medicina a los que cumplan los requisitos establecidos en los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico y de las respectivas Asociaciones filiales". Por lo que para efecto de esta certificación, al momento de la solicitud debe ser socio activo.

Fecha de la solicitud: _____

Datos del Solicitante

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Dirección particular de correspondencia: _____

Teléfono particular: _____

e-mail: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DUI: _____ NIT: _____ JVPM _____

Año de obtención del Doctorado en Medicina: _____

Universidad: _____

Año de incorporación (cuando corresponda): _____

Fecha de ingreso al Colegio Médico: _____ Código Colegio Médico _____

Soy socio de la filial correspondiente del Colegio Médico y estoy al día: si

Estudios de la especialidad

Nombre de la especialidad	Institucion	Pais	Fecha de inicio	Fecha de finalizacion

¿Labora en la especialidad a certificar? Si No

Privado _____ Institucional _____

¿Pertenece a alguna otra asociacion de la especialidad fuera del Colegio Médico

Si No

Nacional

Internacional

Nombrelas:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

¿Cuántos años tiene de ejercer la especialidad a certificar? _____

Por medio de la firma hago constar que toda la informacion establecida es veridica y aporto los atestados que las respaldan.

Firma: _____

Para efecto del COMCES:

Fecha de certificacion:

Especialidad:

Numero de especialista:

FECHA DE CERTIIFICACIÓN _____

Firma del presidente COMCES en turno: