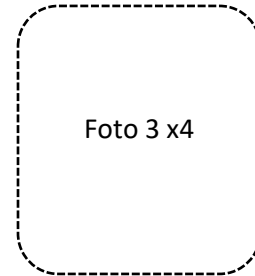


## FORMULARIO DE SOLICITUD MIEMBRO DE NÚMERO ACON

### INFORMACIÓN PERSONAL

- Nombres: \_\_\_\_\_
- Apellidos: \_\_\_\_\_
- Documento de identificación: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_
- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Ciudad de residencia: \_\_\_\_\_
- Dirección de residencia: \_\_\_\_\_
- Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_



### INFORMACIÓN LABORAL

- Consultorio privado (si aplica)
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_
  - Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Institución (1): \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Referencia laboral
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Institución (2): \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Referencia laboral
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Institución (3): \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Referencia laboral
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
  
- Institución (4): \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Referencia laboral
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
  
- Institución (5): \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Cargo: \_\_\_\_\_
- Referencia laboral
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN ACÁDEMICA**

### **Estudios Universitarios**

- Especialidad en Otología
  - Título recibido (1): \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
  
- Especialidad en Otorrinolaringología
  - Título recibido (1): \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

- Otros Postgrados (si aplica)
  - Titulo recibido (1): \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
  
  - Titulo recibido (2): \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
  
- Pregrado
  - Titulo recibido: \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_
  
- Otros
  - Titulo recibido: \_\_\_\_\_
  - Universidad: \_\_\_\_\_
  - Hospital: \_\_\_\_\_
  - Ciudad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
  - Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

**Estudio de bachillerato**

- Colegio: \_\_\_\_\_
- Duración: \_\_\_\_\_ Año finalización: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_

**CURSOS Y/O CONGRESOS (últimos 5)**

- Nombre (1): \_\_\_\_\_
- Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
- Su participación fue como
  - Expositor: \_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_
  
- Nombre (2): \_\_\_\_\_
- Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
- Su participación fue como
  - Expositor: \_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_

- Nombre (3): \_\_\_\_\_
- Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
- Su participación fue como
  - Expositor: \_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_
  
- Nombre (4): \_\_\_\_\_
- Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_
- Su participación fue como
  - Expositor: \_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_

**PUBLICACIONES CIENTÍFICAS**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**SOCIEDADES CIENTÍFICAS A LAS QUE PERTENEZCA ACTUALMENTE**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo \_\_\_\_\_ identificado con número de cédula  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo a la Asociación Colombiana de  
Otología y Neurotología a publicar los datos de contacto del consultorio, fotografía, formación  
académica y publicaciones científicas anteriormente descritas, en el directorio médico de la página  
[www.acon.com.co](http://www.acon.com.co).

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_