



PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA

PROMEDICO
Resolución No. 216 Mayo 5 de 1975

SOLICITUD DE INGRESO

VO BO AGENCIA _____ DIRECTOR _____



DOCUMENTOS ANEXOS (EN COPIA): CEDULA T. PROFESIONAL DIPLOMA CERT. LABORAL EXAMEN MEDICO (40 - 60 AÑOS).

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: ...A / M / D... HORA _____ AGENCIA _____ EJECUTIVO _____

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS _____ NOMBRES _____ FECHA DE NACIMIENTO: ...A / M / D...
 1. C.C No. _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____ SEXO M F
 2. C. EXTRANJERO DE _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
 DIRECCIÓN DOMICILIO _____ BARRIO _____ CIUDAD _____ DPTO _____
 TEL: _____ TEL. EMERGENCIA _____ CEL: _____ E-mail: _____
 ENVÍO DE CORRESPONDENCIA RESIDENCIA OTRO CUAL? _____

INFORMACIÓN EDUCATIVA

NIVEL EDUCATIVO: MEDICO GENERAL RESIDENTE ESPECIALISTA TIPO DE VINCULACIÓN: P C R
 FECHA DE GRADO: ...A / M / D... UNIVERSIDAD _____ TP N° _____
 ESPECIALISTA SI NO ESPECIALIDAD _____ UNIVERSIDAD _____
 RESIDENTE SI NO FECHA DE INICIO: ...A / M / D... FECHA DE FINALIZACIÓN ...A / M / D...

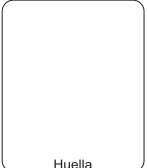
INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA _____ CARGO _____ DIRECCIÓN LABORAL _____
 TELÉFONO _____ CIUDAD _____ E-MAIL _____ A. ECO _____ CIU _____
 REGISTRE AQUI SI LABORA EN OTRA ENTIDAD SI NO TIEMPO _____ TELÉFONO _____ TIPO DE CONTRATACIÓN _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 ¿ES PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (P.E.P)? SI NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

VIVIENDA PROPIA SI NO VALOR COMERCIAL _____
 VEHICULO PROPIO SI NO MARCA _____ MODELO _____ VALOR COMERCIAL _____
 POSEE TARJETA CREDITO SI NO ENTIDAD _____ CUPO APROBADO _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

DECLARO QUE **NO** REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA  REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO
 CUALES _____
 POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA SI NO
 BANCO _____ No. CUENTA _____
 MONEDA _____ CIUDAD _____ PAÍS _____

Firma Solicitante

COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE DEL CONYUGUE _____ C.C. _____ TEL: _____
 FECHA DE NACIMIENTO ...A / M / D... OCUPACIÓN _____ No. DE PERSONAS A CARGO _____
 No. DE HIJOS _____ SI EL CONYUGUE ES MEDICO, ES AFILIADO AL FONDO? SI NO

BENEFICIARIOS DE RECREACIÓN DIFERENTE AL CONYUGUE (padres e hijos o máximo 2 beneficiarios hasta 2º grado de consanguinidad)

NOMBRE	PARENTESCO	DOC. IDENTIDAD	FECHA NAC.
_____	_____	_____	...A / M / D...
_____	_____	_____	...A / M / D...
_____	_____	_____	...A / M / D...
_____	_____	_____	...A / M / D...

CÓMO SE ENTERÓ DE PROMEDICO

REFERIDO POR ASOCIADO: _____ CC.: _____ DE _____
 OTRO, CUAL? : _____

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

AUTORIZO A PROMEDICO enviarme información. E-MAIL MENSAJES DE TEXTO MEDIOS IMPRESOS

* Por la presente solicito ser admitido como asociado Pleno / Consolidación / Residente de **PROMEDICO** y declaro que me someto desde ahora a sus estatutos y reglamentos y a cancelar desde el primer mes de ingreso los valores que éstos determinen a favor del fondo.

* Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo para que la verifique.

* Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

* Autorizo al fondo para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

* Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal como: _____

Firma del Solicitante



PARA USO EXCLUSIVO DE PROMEDICO

ACTA No. _____ DE ...A / M / D...
 SE APROBÓ SU INGRESO SI NO APLAZADO

OBSERVACIONES

Presidente

Secretario