ACR | ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA

Solicitud de Ingreso

Datos personales

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

Datos de contacto

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

Trabajo actual

Institución:	Dirección:	
Ciudad:	País:	Teléfono:

Información profesional

Universidad en la que obtuvo el título de pre-grado (medicina):

Ciudad/País:	Año en que obtuvo el título:	Registro Médico:

Universidad en la que obtuvo el título de post-grado:

Especialidad:	Ciudad/País:
Subespecialidad (si aplica):	Universidad:
Ciudad/País:	Año en que obtuvo el título:

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

Categoría de Asociado

Transitorio: ◉	Activo: ○	Correspondiente: ○	Adscrito: ○

Consulte al respaldo el perfil de cada categoría de Asociado y los documentos que deben adjuntarse a la presente solicitud.

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.

Autorizo ☐ No autorizo ☐

Firma del Solicitante:	Fecha de Solicitud:

Categorías de Asociados y documentación que debe adjuntarse a la solicitud de ingreso:

- **Miembro Transitorio:**
  Médicos que estén realizando estudios de postgrado en radiología en instituciones colombianas legalmente reconocidas (residentes).

  ☐ Hoja de vida actualizada
  ☐ Foto 3x4 cm fondo blanco
  ☐ Copia de cédula de ciudadanía
  ☐ Copia del título de pregrado (medicina) 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 Activo:**
  Médicos especialistas en radiología e imágenes diagnósticas o su equivalente en el exterior que tengan domicilio permanente en Colombia.

  ☐ Hoja de vida actualizada
  ☐ Foto 3x4 cm fondo blanco
  ☐ Copia de cédula de ciudadanía
  ☐ Copia del título de pregrado (medicina) 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 miembros Activos u Honorarios de la ACR
  ☐ Si ha cursado estudios de pregrado o postgrado en el exterior adjuntar copia de convalidación del título expedida por el ICFES o por el Ministerio de Educación Nacional

- **Miembro Correspondiente:**
  Asociados de otras categorías de la ACR que fijen su domicilio temporal o definitivo en el exterior, miembros de las asociaciones de otros países con las cuales la ACR tiene convenio vigente, médicos residentes de radiología, médicos radiólogos, médicos de especialidades médico quirúrgicas o personas cuya actividad profesional tenga directa relación con la radiología e imágenes diagnósticas, domiciliados en el exterior.

  ☐ Hoja de vida actualizada
  ☐ Foto 3x4 cm fondo blanco
  ☐ Copia de documento de identidad
  ☐ Copia del título de pregrado (medicina)
  ☐ Copia del título de especialista o carta de la universidad que certifique sus estudios actuales en radiología
  ☐ Constancia de pertenencia a la asociación o sociedad de radiología del país en el que reside
  ☐ Si reside como extranjero: copia de certificado de autorización del gobierno del país de residencia para ejercer la profesión

- **Miembro Adscrito:**
  Médicos especialistas de especialidades médico-quirúrgicas diferentes a la radiología radicados en Colombia o profesionales cuya actividad tenga directa relación con las imágenes diagnósticas y que deseen hacer parte de un grupo científico de la ACR.

  ☐ Hoja de vida actualizada
  ☐ Foto 3x4 cm fondo blanco
  ☐ Copia de cédula de ciudadanía
  ☐ Copia del título de pregrado (medicina) 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 miembros 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 pregrado o postgrado en el exterior adjuntar copia de convalidación del título expedida por el ICFES o por el Ministerio de Educación Nacional

Los documentos deben enviarse en formato PDF, al correo electrónico:
atencionalasociado@acronline.org