

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA BIOLÓGICA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS**  
**NIT 805.020.607 - 6**  
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

| DATOS DE IDENTIFICACION |  |      |     |        |              |                 |  |             |  |          |  |      |  |
|-------------------------|--|------|-----|--------|--------------|-----------------|--|-------------|--|----------|--|------|--|
| NOMBRE                  |  |      |     |        |              |                 |  |             |  | FOTO     |  |      |  |
| APELLIDOS               |  |      |     |        |              |                 |  |             |  |          |  |      |  |
| CEDULA DE CIUDADANIA    |  |      |     |        |              |                 |  | DE          |  |          |  |      |  |
| FECHA DE NACIMIENTO     |  |      |     | CIUDAD |              |                 |  |             |  |          |  |      |  |
|                         |  | DIA  | MES | AÑO    | NACIONALIDAD |                 |  |             |  |          |  |      |  |
| EDAD                    |  | SEXO |     |        | ESTADO CIVIL |                 |  |             |  |          |  |      |  |
|                         |  | F    | M   | CASADO |              | SOLTERO         |  | UNION LIBRE |  | SEPARADO |  | OTRO |  |
| DIRECCION DE RESIDENCIA |  |      |     |        |              | NUMERO TELEFONO |  |             |  |          |  |      |  |
|                         |  |      |     |        |              | NUMERO CELULAR  |  |             |  |          |  |      |  |
| CORREO ELECTRONICO      |  |      |     |        |              |                 |  |             |  |          |  |      |  |

| DATOS ACADEMICOS |        |  |             |  |  |        |  |      |   |       |   |   |
|------------------|--------|--|-------------|--|--|--------|--|------|---|-------|---|---|
| PREGRADO         | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
|                  |        |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
|                  | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
| POSTGRADO        |        |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
|                  | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
|                  |        |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
| DIPLOMADOS       | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
|                  | HORAS  |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
|                  | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
|                  | HORAS  |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
|                  | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
|                  | HORAS  |  |             |  |  |        |  |      |   | D     | M | A |
|                  | TITULO |  | UNIVERSIDAD |  |  | CIUDAD |  | PAIS |   | FECHA |   |   |
| HORAS            |        |  |             |  |  |        |  |      | D | M     | A |   |

| DATOS LABORALES                |                       |        |        |     |       |   |   |                 |                 |  |
|--------------------------------|-----------------------|--------|--------|-----|-------|---|---|-----------------|-----------------|--|
| REGISTRO O TARJETA PROFESIONAL |                       |        |        |     |       | AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL |   |                 |                 |  |
|                                |                       |        |        | DIA | MES   | AÑO   | AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINAS ALTERNATIVAS |                 |                 |  |
| EXPERIENCIA                    | INSTITUCION O EMPRESA |        | CIUDAD |     |       | CARGO   |   |                 | AÑOS VINCULADOS |  |
|                                |                       |        |        |     |       |   |   |                 |                 |  |
|                                | INSTITUCION O EMPRESA |        | CIUDAD |     |       | CARGO   |   |                 | AÑOS VINCULADOS |  |
|                                |                       |        |        |     |       |   |   |                 |                 |  |
| INSTITUCION O EMPRESA          |                       | CIUDAD |        |     | CARGO |   |   | AÑOS VINCULADOS |                 |  |
|                                |                       |        |        |     |       |   |   |                 |                 |  |
| DIRECCION CONSULTORIO          |                       |        |        |     |       | CIUDAD  |   |                 |                 |  |
|                                |                       |        |        |     |       | TELEFONOS   |   |                 |                 |  |

**INFORMACION SOBRE ASOCIADOS QUE LO REFERENCIEN**

|        |  |           |  |
|--------|--|-----------|--|
| NOMBRE |  | TELEFONOS |  |
| NOMBRE |  | TELEFONOS |  |

---

**FIRMA**

**OBSERVACIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA (Favor no llenar estos espacios)**

|  |
|--|
|  |
|--|