



PROMEDICO

Resolución No.216 Mayo 5 de 1975

FOTO

PROMEDICO FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

SOLICITUD DE INGRESO

DEBE ANEXAR A ESTA SOLICITUD: FOTOCOPIA DEL DIPLOMA - FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA FOTOCOPIA TARJETA PROFESIONAL - CARTA LABORAL ORIGINAL - EXAMEN MÉDICO (PARA MAYORES DE 40 AÑOS)

INFORMACIÓN PERSONAL

Form fields for personal information: APELLIDOS, NOMBRES, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, DIRECCIÓN RESIDENCIA, BARRIO, CIUDAD, DEPARTAMENTO, TELÉFONO, CELULAR, DIRECCIÓN CONSULTORIO, ENTIDAD, CIUDAD, E-MAIL, BEEPER, CÓDIGO, DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA, RESIDENCIA, CONSULTORIO, OTRO.

INFORMACIÓN EDUCATIVA

Form fields for educational information: FECHA DE GRADO, UNIVERSIDAD, ESPECIALIDAD, GRADUADO, UNIVERSIDAD, POSTGRADO, TARJETA PROFESIONAL No., RESIDENTE, FECHA INICIO, FECHA FIN.

INFORMACIÓN LABORAL

Table with 4 columns: EMPLEOS QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE, ENTIDAD, TIEMPO, TELÉFONO, CONTRATACIÓN. Rows 1, 2, 3.

INGRESOS PERSONALES

Form fields for personal income: a. \$500.000 - \$1.500.000, b. \$1.500.001 - \$2.500.000, a. \$2.500.001 - \$3.500.000, b. \$3.500.001 o más.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Form fields for additional information: POSEE CASA PROPIA, HIPOTECADA, A FAVOR DE, POSEE VEHÍCULO, MARCA, SERIE, MODELO, CILINDRAJE, PIGNORADO.

REFERENCIAS COMERCIALES

POSEE TARJETA

CRÉDITO SI NO ENTIDAD CUPO APROBADO
DÉBITO SI NO ENTIDAD

COMPOSICIÓN FAMILIAR

ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO OTRO

NOMBRE DEL CÓNYUGE OCUPACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO AAAA MM DD SI EL CÓNYUGE ES MÉDICO ¿ES ASOCIADO AL FONDO? SI NO

No. DE PERSONAS A CARGO

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	DOC. IDENTIDAD	AAAA	FECHA NAC. MM	DD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿CÓMO SE ENTERÓ DE PROMEDICO?

- a. SOY REFERIDO DEL DR(A).
- b. CONGRESOS, SEMINARIOS, EVENTOS EN CENTROS MÉDICOS. ¿CUÁL?
- c. SOCIEDADES O ASOCIACIONES CIENTÍFICAS. ¿CUÁL?
- d. CORREO DIRECTO
- e. PORTAL DE INTERNET www.promedico.com.co
- f. EJECUTIVO DE VENTAS
- f. OTRO. ¿CUÁL?

¿Cuál de los servicios ofrecidos por PROMEDICO le llamó mas la atención?

¿Qué servicios considera le hacen falta a PROMEDICO?

POR LA PRESENTE SOLICITO SER ADMITIDO COMO ASOCIADO A 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.

AUTORIZO CUALQUIER INVESTIGACIÓN QUE CONSIDEREN NECESARIO EN LAS CENTRALES DE RIESGO

Firma del solicitante

Huella digital

PARA USO EXCLUSIVO DE PROMEDICO

ACTA No. DE AAAA MM DD SE APROBÓ SU INGRESO SI NO APLAZADO

OBSERVACIONES _____

Presidente

Secretario