

**COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR**  
**CONSEJO DE ESPECIALIDADES MEDICAS (COMCES)**  
**SOLICITUD DE CERTIFICACION COMO ESPECIALISTA**



Especialidad solicitada a certificar: \_\_\_\_\_

Colegio Médico de El Salvador, en sus estatutos vigente establece en su Capítulo II de Fines u objetivos, en el artículo 4, literal f, y en su capítulo VI, artículo 24, literal i, que tiene el alcance de "certificar especialistas en las diferentes ramas de la medicina a los que cumplan los requisitos establecidos en los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico y de las respectivas Asociaciones filiales". Por lo que para efecto de esta certificación, al momento de la solicitud debe ser socio activo.

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

**Datos del Solicitante**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección particular de correspondencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ JVPM \_\_\_\_\_

Año de obtención del Doctorado en Medicina: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

Año de incorporación (cuando corresponda): \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso al Colegio Médico: \_\_\_\_\_ Código Colegio Médico \_\_\_\_\_

Es socio de alguna de las filiales del Colegio Médico:    si     no

(Punto anterior no es necesario).

**Estudios de la especialidad**

Nombre de la especialidad	Institucion	Pais	Fecha de inicio	Fecha de finalizacion

¿Labora en la especialidad a certificar? Si  No

Privado \_\_\_\_\_ Institucional \_\_\_\_\_

¿Pertenece a alguna otra asociacion de la especialidad fuera del Colegio Médico

Si  No

Nacional

Internacional

Nombrelas:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tiene de ejercer la especialidad a certificar? \_\_\_\_\_

Por medio de la firma hago constar que toda la informacion establecida es veridica y aporto los atestados que las respaldan.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Para efecto del COMCES:**

Fecha de certificacion:

Especialidad:

Numero de especialista:

**Firma del presidente COMCES en turno:**

FECHA DE CERTIIFICACIÓN \_\_\_\_\_