

Señores

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología

Atn. Comité de Acreditación y Recertificación - CAR

Bogotá D.C.

ASUNTO: Inscripción al programa de Recertificación Médica Voluntaria RCMV de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología –ACHO-

Estimados Miembros Comité de Acreditación y Recertificación – CAR

Cordial saludo:

Yo _____ identificado con _____
N° _____, como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de especialista en _____, solicito mi vinculación en el proceso de Recertificación Médica Voluntaria - RCMV, para lo cual, doy fe de que la información aquí suministrada y que en adelante entregue a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología para mi recertificación Medica Voluntaria, según el Programa establecido por el CAMEC; contenida y transmitida en textos, imágenes sin distinción del tipo de archivo enviado, se encuentra sometida a secreto profesional, es confidencial y para uso exclusivo de la ACHO, para su utilización en el fin específico generado en su requerimiento. Acepto que La ACHO no se hace responsable por la información recibida sujeta a uso, captura, recolección y tratamiento de datos personales, esta debe ser veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Entiendo que está prohibido el tratamiento de datos parciales, incompletos, fraccionados, falsificados, imitados, ilegítimos o que induzcan a error, son responsabilidad exclusivamente del remitente, usuario o profesional que transmite.

De manera expresa y en acatamiento de lo dispuesto por el artículo 15 de la constitución y toda la legislación y reglamentación a él asociados, autorizo a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología a solicitar a los honorables tribunales de ética médica y a las jurisdicciones, penal y disciplinaria, los informes de Antecedentes y procesos vigentes.

Firma,

D.I. N° _____

ACTUALIZACIÓN DE DATOS RECERTIFICACIÓN MÉDICA VOLUNTARIA

NOMBRE Y APELLIDO				
CEDULA DE CIUDADANIA				
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				
DIRECCION DE RESIDENCIA:				
DIRECCION OFICINA:	TELEFONO		FAX	
CELULAR:	CORREO ELECTRONICO			
CIUDAD:	DEPARTAMENTO/ESTADO			

(Si es no miembro diligenciar Formato)

[FT-GAS-01 SOLICITUD DE ADMISION.docx](#)

Espacio para uso Exclusivo de la Acho.

<input type="checkbox"/>	MIEMBRO	<input type="checkbox"/>	FECHA CREACION SICRA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	FECHA RECIBIDO NO MIEMBRO	<input type="checkbox"/>		

ADJUNTO DOCUMENTOS	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTOS PENDIENTES

Este documento hace parte de la Hoja de Vida de los Miembros ACHO