



ASOCIACIÓN PARA EL AVANCE DE LA INVESTIGACION CLINICA EN COLOMBIA

APLICACION DE MEMBRESIA

Fecha _____ **Ciudad** _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

Lugar y fecha de nacimiento:		
Nacionalidad	Identificación	Expedida en :
	Cédula de Ciudadanía	
	Cédula de Extranjería No.	
Correo Electrónico		

Registros	No.	Fecha	Registros	No.	Fecha
Reg. Minsalud			Reg. Mineducación		
Sec. De Salud			Reg. Icfes		

DIRECCION ACTUAL

Residencia	Teléfono :
Oficina / Consultorio	Teléfono:

ESTUDIOS

PRE-GRADO

Institución	Ciudad	País	Título	Mes	Año

POST-GRADO

Institución	Ciudad	Dirección	Especialidad –Universidad	Desde	Hasta

OTROS ESTUDIOS

Institución	Ciudad	Universidad	Estudio Realizado	Desde	Hasta

DOCENCIA /EXPERIENCIA DOCENTE

Facultad	Departamento	Nombre del Cargo	Labor Principal	Desde	Hasta

EJERCICIO PROFESIONAL / EXPERIENCIA PROFESIONAL

Institución	Ciudad	País	Labor Principal	Desde	Hasta

PUBLICACIONES

Título	Medio de Publicación	Año

DISTINCIONES ACADEMICAS

SOCIEDADES CIENTIFICAS A QUE PERTENECE

Nombre	Clase de Socio	País	Año de Ingreso