

CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS



CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
Recepción de antecedentes para Recertificación

Hemos recibido los antecedentes para postular a la recertificación de especialista del

DR. _____

Presentó:

Formulario de Datos Generales

Foto

Título de Médico Cirujano (Fotocopia Legalizada)

Certificado de CONACEM

Curriculum Vitae resumido

Listado de Operaciones (si es pertinente)

Certificado de continuidad en el ejercicio

de la Especialidad

Declaración jurada notarial de trabajo en consulta privada

1.- Actividades asistenciales

Trabajo con contrato o convenio en Departamento o
Servicio asistencial clínico, público o privado.

Trabajo en consulta privada solamente.



2.- Actividades Académicas

Docente universitario

Publicaciones en Revistas

Capítulos de Libros

Director o Docente en cursos de perfeccionamiento

Conferencista o integrante de mesa redonda en Congreso

Nº

3.- Actividades de Perfeccionamiento o de Educación Continua

Estadías de perfeccionamiento nacional o extranjera

Asistencia certificada a congresos nacionales o extranjeros

Asistencia de perfeccionamiento con más de 10 horas.

Presentación de trabajo de la especialidad en congresos nacionales o extranjeros

Asistencia certificada a reuniones clínicas oficiales de servicios, sociedades u otras

Actividades de educación continua, cursos u otros nacionales o extranjeras

con más de 10 horas lectivas y con evaluación aprobada

4.- Otras actividades

Jefatura de Servicio Público por concurso o de Depto. Universitario

Miembro del directorio o de comité científico de la Sociedad pertinente

Miembro de comité editorial de publicación de la especialidad

Miembro de sociedad científica de la especialidad

Otras

CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS



CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

1.- DATOS GENERALES

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno

Fecha Nacimiento	RUT	Nacionalidad			
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

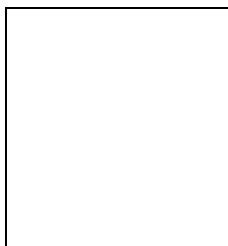
Registro Colegio Médico	Email

Domicilio Particular	Comuna

Ciudad	Región	Teléfono	Celular

Lugar de Trabajo	Teléfono

Dirección del Trabajo	Ciudad



Fecha título Médico Cirujano	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Universidad que dio el Título De Médico Cirujano				
Revalidado fechas (si es pertinente)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Fecha primera certificación CONACEM	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

2.- Opta a Recertificación especialista en:

--

NOTA: LOS ANTECEDENTES DEBERAN ACOMPAÑARSE POR UN CURRICULUM VITAE RESUMIDO, TITULO DE MEDICO CIRUJANO Y DE CERTIFICACION DE CONACEM PREVIA.

**CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



**CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Señor Presidente de

CONACEM:

Me permito poner en conocimiento del organismo de certificación que usted preside, mis antecedentes para optar a la recertificación de especialista que otorga CONACEM, de acuerdo con las normas y reglamentos de esta Corporación, los que declaro conocer y acatar.

Atentamente,

Firma

Fecha

**CORPORACION NACIONAL AUTONOMA DE
CERTIFICACION DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Señor Presidente de

CONACEM:

Me permito poner en conocimiento del organismo de certificación que usted preside, mis antecedentes para optar a la recertificación de especialista que otorga CONACEM, de acuerdo con las normas y reglamentos de esta Corporación, los que declaro conocer y acatar.

Atentamente,

Firma

Fecha