



COLEGIO DE MÉDICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS

REQUISITOS PARA RECONOCIMIENTO COMO ESPECIALISTA

- 1.- FONDO NEGRO EN PAPEL FOTOGRAFICO DEL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO.
- 2.- FONDO NEGRO EN PAPEL FOTOGRAFICO DEL DIPLOMA OTORGADO POR EL HOSPITAL (NO UNIVERSITARIO).
- 3.- FOTOCOPIA DE LA CARTA DE INSCRIPCIÓN Y DEONTOLOGICA (VIGENTE).
- 4.- FOTOCOPIA DE LA SOLVENCIA DEL COLEGIO.
- 5.- FOTOCOPIA DEL ARTÍCULO 16 (VIGENTE).
- 6.- FOTOCOPIA DEL ARTÍCULO 8 (FORMATO DEL MPPS).
- 7.- UNA FOTOGRAFÍA TIPO CARNET (ACTUALIZADA).
- 8.- SI ES ESPECIALISTA QUIRURGICO ANEXAR COPIA DEL RECORD (TODO RECORD DEBE TENER EN CADA UNA DE LAS PÁGINAS EL NOMBRE DEL MÉDICO, SELLOS CORRESPONDIENTES Y ENUMERADAS CADA INTERVENCIÓN QUIRURGICA).
- 9.- SI ES NACIONALIZADO PRESENTAR COPIA DE LA GACETA OFICIAL CON RESOLUCIÓN RESPECTIVA.
- 10.- CANCELAR Bs. 300,00 POR CONCEPTO DEL DIPLOMA RESPECTIVO.
- 11.- FOTOCOPIA DE LA RESIDENCIA ASISTENCIAL (EN CASO DE PRELACIÓN).
- 12.- COLOCAR TODOS LOS REQUISITOS EN UNA CARPETA MARRÓN.

NOTA: NO SE ACEPTAN CREDENCIALES INCOMPLETAS



COLEGIO DE MÉDICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS

COMISIÓN DE POSTGRADOS MEDICOS

**CUESTIONARIO PARA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE POSTGRADO Y
RESIDENCIAS PROGRAMADAS**

1.- IDENTIFICACIÓN:

1a.- Nombre del Postgrado:

1b.- Sitio donde funciona: _____

1c.- Depende de: _____

1d.- Pasantías extramuros: _____

1e.- Fecha de inicio del Postgrado: _____

1f.- Nombre del Director del Curso (Anexa Currículo Vitae): _____

1g.- Nombre del Coordinador del curso (Anexar Currículo Vitae): _____

1h.- Nombre de otros profesores del curso (Anexar Currículo Vitae): _____

1i.- Número de alumnos por año: Primer año: _____ Segundo año: _____

Tercer año: _____

1j.- Financiamiento del Postgrado:

Números de cargos: _____ Procedencia de Becas: _____

2.- ESTRUCTURA:

2a.- Requisito para el ingreso (Favor anexar)

2b.- Programas de materias teóricas, actividades teóricas, prácticas, por cada año, créditos por materias (Favor anexar).

2c.- Requisitos de egresos (Favor anexar).

2d.- Objetivos y metas (Favor anexar).

2e.- Organigrama estructural y funcional (Favor anexar).

2f.- Cuentan con ambiente exclusivo para el Postgrado?: _____

2g.- Tienen biblioteca? _____ Número de suscripciones a Revista de la Especialidad: _____

2h.- Funciona el Postgrado en un Hospital General o Especializado: _____

2i.- Números de camas del hospital: _____

2j.- Números de camas del departamento o servicio: _____

2k.- Organigrama del hospital (Favor anexar).

2l.- Consideraciones adecuadas a la Organización del hospital para el funcionamiento del Postgrado? _____

2m.- Son adecuados los servicios de apoyo general para el funcionamiento del Postgrado? _____

2n.- Funciona bien el departamento de Estadísticas y Archivo del hospital? _____

2o.- La Consulta Externa satisface las necesidades del curso de Postgrado? _____

2p.- Funciona bien el Servicio de Emergencia? _____

3.- TRAMITACIÓN

3a.- Firma del Director del curso de Postgrado: _____

3b.- Firma del Coordinador del curso de Postgrado: _____

AFIRMAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORMENTE LLENADOS SON CIERTOS A NUESTRA LEAL SABER Y ENTENDER, QUE FUE INVESTIGADA LA INFORMACIÓN PRECISA DE FUENTES CONFIABLES.

3c.- Firma y Sello del Director del hospital, Sede principal del Postgrado: _____

3d.- Fecha de la solicitud: _____

3e.- Recibida en el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas: _____

3f.- Recibida por la Comisión de ESPECIALIDADES Y POSTGRADOS:

NOTA: TODO POSTGRADO PARA INICIAR SU FUNCIONAMIENTO , DEBE TENER EL VISTO BUENO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS Y LA ESPECIALIDAD DEBE ESTAR PREVIMAMENTE RECONOCIDA POR EL COLEGIO.