
FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE UROLOGÍA ONCOLÓGICA (AUO)

Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

- **Nombre Completo:**

 - **Tipo de Documento de Identidad:** C.C. ____ T.I. ____ Pasaporte ____ Otro ____
 - **Número de Documento:**

 - **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)
 - **Nacionalidad:**

 - **Domicilio (Ciudad/Municipio):**

 - **Dirección de Domicilio o Lugar de Trabajo:**

 - **Teléfono de Contacto:** _____
 - **Correo Electrónico:** _____
-

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Título de Médico (Institución y Fecha de Grado):

- Título de Urólogo (Institución y Fecha de Grado):

- Título de Segunda Especialidad en Urología Oncológica (Institución y Fecha de Grado):

 - Duración del Programa (en años): _____ (Debe ser igual o superior a dos años)

- ¿Su título de Urólogo/Urología Oncológica es de una universidad extranjera?
Sí ____ No ____
 - Si la respuesta es Sí, ¿cuenta con el trámite de convalidación ante la autoridad nacional competente? Sí ____ No ____
- ¿Está validado por el Registro Único Nacional para el Talento Humano en Salud (ReTHuS) para ejercer la profesión en urología oncológica?

Sí ____ No ____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA ASOCIACIÓN

- Razones por las cuales desea hacer parte de la Asociación: (Adjuntar carta aparte)
- Carta de recomendación de un miembro activo de la Asociación: (Adjuntar carta)
 - Nombre del Miembro Activo que Recomienda:

- ¿Ha sido sancionado con decisión en firme dentro de los últimos tres años por el tribunal seccional y/o nacional de ética médica?
- Sí ____ No ____
 - Si la respuesta es Sí, por favor, explique brevemente la sanción y la fecha de la decisión en firme:

[illegible]

Para que su solicitud sea considerada, debe adjuntar los siguientes documentos:

SECCIÓN 5: DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN

Yo, _____,
identificado(a) con documento de identidad No. _____,
declaro bajo la gravedad del juramento que:

1. La información suministrada en este formulario y en los documentos adjuntos es veraz y completa.
2. Conozco y acepto los estatutos y demás reglamentos internos de la Asociación Colombiana de Urología Oncológica (AUO).
- 3.
4. No he sido sancionado(a) con decisión en firme dentro de los últimos tres años por el tribunal seccional y/o nacional de ética médica (o he declarado la sanción y la fecha de decisión en firme si aplica).
- 5.
6. Entiendo que la Junta Directiva debe aceptar mi solicitud y que mi ratificación como Asociado requiere el voto favorable del setenta por ciento (70%) de los Asociados Activos presentes en la reunión de la Asamblea General.
7. En caso de no ser ratificado(a) por la Asamblea General de Asociados, se me realizará la devolución total del dinero de la cuota de admisión/afiliación dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha de la reunión de la Asamblea.

Firma del Solicitante: _____

Nombre Completo del Solicitante:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AUO

- **Recepción de Solicitud (Fecha):** _____
- **Decisión Junta Directiva (Aceptado/Rechazado):**

-
- **Fecha de Decisión Junta Directiva:** _____
- **Fecha de Presentación a Asamblea General:** _____
- **Ratificación Asamblea General (Sí/No):**

-
- **Fecha de Reunión de Asamblea General:** _____
- **Observaciones:**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Declaro que soy consciente de que la información proporcionada en este formulario y en los documentos adjuntos es veraz y completa, y que entiendo los requisitos para ser parte de la Asociación, incluyendo la aceptación por parte de la Junta Directiva y la ratificación por la Asamblea General de Asociados.