



COLEGIO DE MÉDICOS SANTIAGO DEL ESTERO

DECLARACIÓN JURADA DE SOLICITUD DE CODIGO

Nº _____

Fecha de solicitud / /

DATOS DEL SOCIO

CÓDIGO Apellido y Nombres:

☐ ALTA

☐ BAJA Motivo..... Fecha de movimiento / /

☐ MODIF.

DATOS PERSONALES

DNI Nº CUIL/CUIT Fecha de Nac. / /

Nacionalidad: Sexo:..... Estado civil:

Domicilio part..... Nº: C. Postal

Dpto..... Barrio Telef. part.....

Mail:

Domicilio Prof..... Nº: C. Postal

Dpto..... Barrio Telef. prof.....

Nº Matrícula: F. Matrícula...../...../..... Facultad egreso

F. Egreso/...../..... Esp. Principal Esp. secundaria

Otros lugares donde atiende.....

.....

.....

Equipamiento médico que posee

.....

.....

Categoría de asociado:

ACTIVO: ☐ Fecha/...../..... PASIVO: ☐ Fecha/...../.....

ADHERENTE: ☐ Fecha/...../..... VITALICIO: ☐ Fecha/...../.....

HONORARIO: ☐ Fecha/...../.....

Ejerció la profesión en otra provincia: SI ☐ NO ☐

• Provincias donde ejerció anteriormente:
.....

• **Certificación/es de libre deuda expedido por:**

..... Fecha/...../.....

• **Certificación/es de inexistencia de sanciones disciplinarias por faltas éticas, expedido por:**

..... Fecha/...../.....

• **Los hechos mas sobresalientes de su accionar médico, científico y social y todo otro detalle digno de mención (distinciones, premios, etc.)**

.....
.....

• **Suspensiones de la Colegiación:**

- **Suspensión voluntaria y temporaria de la colegiación:**

Fecha de pedido: / / Fecha de otorgamiento: / /

Fecha:// N° de acta de HCD por la que se otorga

- Pedido de reincorporación: NO CONCEDIDA ☐ CONCEDIDA ☐

Fecha:// N° de acta de HCD Certif. Libre deuda:.....

- **Suspensión por falta de pago:**

Fecha:// N° de acta de HCD por la que se dispone

• **Cancelación de la colegiación:**

Fecha:// N° de acta de HCD por la que se otorga

- Pedido de reincorporación: NO CONCEDIDA ☐ CONCEDIDA ☐

Fecha:// N° de acta de HCDCertificado de libre deuda

• **Sanciones disciplinarias aplicadas al colegiado**

- Sanción impuesta:

- Fecha:// de las resoluciones que impone las sanciones

• **Causa de egreso y fecha**

Renuncia: Fecha:// Acta N° de Fecha://

Cancelación colegiación: Fecha:// Acta N°de Fecha://

Fallecimiento: Fecha:// Acta N° de Fecha://



COLEGIO DE MÉDICOS SANTIAGO DEL ESTERO

GRUPO FAMILIAR

Apellido y nombres	Fecha de Nac.	Tipo	Nº DNI
Conyuge			
Hijo 1			
Hijo 2			
Hijo 3			
Hijo 4			
Hijo 5			
Hijo 6			
Hijo 7			
Hijo 8			

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN - SITUACIÓN TRIBUTARIA

Situación de Ganancias: inscripto ☐ No inscripto ☐ Monotributo ☐ DGI CUIT:

Situación ante el IVA: inscripto ☐ No inscripto ☐ Monotributo ☐ exento ☐ No Resp. ☐

Situación en Rentas: inscripto ☐ No inscripto ☐ DGR Nº:

LA PRESENTE SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

.....
FIRMA SOLICITANTE

.....
ACLARACIÓN O SELLO

Recibido por: