

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

SEÑOR CORONEL DE MATERIAL DE GUERRA DEM.

**DIRECTOR DEL CENTRO MÉDICO MILITAR**

Presente.

Señor Coronel:

Yo \_\_\_\_\_, de \_\_ años de edad, por este medio respetuosamente me dirijo a usted, con el objeto de someterme al proceso de **OPOSICION** de las Maestrías y Especialidades que se realizan en el Centro Médico Militar, avaladas por la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, para el año 2023; por lo que adjunto a la presente mi Currículum Vitae con los respectivos documentos que lo acreditan, de acuerdo a guía de requisitos establecida; para ser considerado en la especialidad de \_\_\_\_\_.

Atentamente,

---

Dr.

Colegiado No

Teléfono:

Correo Electrónico

Guatemala, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.-

DOCTORA  
**LISBETH SANTIZO ROSALES**  
DIRECTORA DE POSGRADOS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y DE LA  
SALUD DE LA UMG.  
PRESENTE

DOCTORA SANTIZO:

Yo \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad, por este medio respetuosamente me dirijo a usted, con el objeto de someterme al proceso de **OPOSICION** de las Maestrías y Especialidades que se realizan en el Centro Médico Militar, avaladas por la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, para el año 2023; por lo que adjunto a la presente mi Currículum Vitae con los respectivos documentos que lo acreditan, de acuerdo a guía de requisitos establecida; para ser considerado en la especialidad de \_\_\_\_\_.

Atentamente,

---

Dr.  
Colegiado No.  
Telefono:  
Dirección Electrónica:



Centro Médico Militar  
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Dirección de Posgrados

**Solicitud de ingreso al Programa de Residencias del Centro Médico Militar a las Especialidades Médicas Clínicas, en convenio con la Universidad Mariano Gálvez**

Número de Expediente: \_\_\_\_\_ Código  
Especialidad: \_\_\_\_\_

1. Primer Nombre: \_\_\_\_\_
2. Segundo Nombre: \_\_\_\_\_
3. Primer Apellido: \_\_\_\_\_
4. Segundo Apellido: \_\_\_\_\_
5. Apellido de Casada: \_\_\_\_\_
6. Número de Teléfono Casa: \_\_\_\_\_
7. Teléfono Celular: \_\_\_\_\_
8. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
9. Documento personal de identificación (DPI): \_\_\_\_\_
10. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
11. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
12. Dirección de Residencia Habitual (incluir Municipio y Departamento):  
\_\_\_\_\_
13. Edad: \_\_\_\_\_
14. Número de Colegiado: \_\_\_\_\_
15. Universidad donde se graduó: \_\_\_\_\_
16. Fecha de Ingreso a la Universidad: Año \_\_\_\_\_
17. Fecha de Graduación: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_
18. Fecha de Colegiación: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_
19. Título de Tesis de Graduación \_\_\_\_\_

20. Especialidad a la que desea ingresar \_\_\_\_\_

21. Porque deseo formarme en esa especialidad (3 razones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Porque deseo formarme en el Hospital Centro Médico Militar (3 razones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Ha realizado entrenamiento parcial en la especialidad que solicita u otras especialidades.

Si \_\_\_\_\_ Que especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Entrega:** \_\_\_\_\_