

COLEGIO DE MÉDICOS OF TALMÓLOGOS DE JALISCO A.C.

FORMATO ÚNICO DE TRÁMITES CMOJ INSCRIPCIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REGULARIZACIÓN

Instrucciones y opciones

- 1) **Digital.** Llenar todos los campos y guardar los cambios, luego enviar archivo con su nombre guardado con su nombre y resto de documentos
- 2) **Mixta.** Imprimir formato, llenarlo, luego escanear o tomar foto (alta calidad y legible) y enviar archivo (idealmente en PDF)
- 3) **Manual.** Imprimir formato, llenarlo y entregarlo físicamente en la casa del Oftalmólogo

* Para envíos electrónicos: colegiados@oftalmologosjalisco.org.mx

** Para entrega física (papel o memoria USB), directo en Casa del Oftalmólogo:

Calle Manuel Lopez Cotilla 2123, Arcos Vallarta, 44130 Guadalajara, Jal. Lunes a viernes 10:00 a 18:00)

* Trámite individual. Un solo formato por persona. Se debe llenar todo el formato

1.- NOMBRE COMPLETO

2.- FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año

<input type="text"/>	
Nombre (s)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno

3.- TIPO DE ASOCIADO

Estado actual en el CMOJ

Marcar solo una casilla.

Ver notas, para características y tipos de asociados.

Activo	Activo mayor de 65 años	Pasivo	Adherente
Honorario	En formación	No asociado	

4.- TRÁMITE

Elija el trámite que va a realizar ante el Colegio

Puede marcar más de una.

Pago de cuotas
Actualización de datos
Regularización (datos, papeles, cuotas, etc.)
Inscripción. En caso de inscripción, especificar la solicitud a la que aplica:
Activo Activo mayor de 65 años Adherente Honorario En formación
Completar trámite de ingreso. * Solo para asociados en formación

5.- DATOS

CONTACTO # 1

Datos exclusivos para el CMOJ * Obligatorio

Datos protegidos e intransferibles, para uso exclusivo del Colegio.

Fecha de Nacimiento
Día Mes Año

Domicilio

Calle Número Colonia

Municipio Código Postal

Teléfono fijo

Celular

Correo/ E-mail

Deseo/puedo recibir información oportuna y avisos del Colegio

Teléfono fijo Celular (WhatsApp u otro) Correo electrónico (Puede marcar más de una)

No deseo recibir información oportuna ni avisos del Colegio, solo puedo ser contactado por situaciones de relevancia respecto al Colegio y mi situación como asociado.

No deseo actualizar mis datos.

Solo marcar en caso de que sea asociado activo y NO desee actualizar ningún dato.

CONTACTO # 2

Datos para el Público general, visibles en Internet, en el directorio del Colegio

* No obligatorio

No deseo que mis datos aparezcan en el directorio del Colegio

Domicilio

Calle Número Colonia

Municipio Código Postal

Teléfono fijo

Celular

Correo/ E-mail

Autorizo mostrar exclusivamente la siguiente información

Nombre y apellidos Domicilio Teléfono fijo Teléfono móvil Correo electrónico (marcar solo aquellos datos que SI autoriza al Colegio a publicar). * En caso de NO autorizar publicar mis datos el Contacto #2 solo serán usados para el Colegio.

Consentimiento al Aviso de Privacidad

Marcar el cuadro indica que usted está "enterado y de acuerdo" con Aviso de Privacidad del Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco A.C. Para consulta este aviso ingresar a la página web del Colegio:

[Aviso de Privacidad para datos personales](#)

6.- PAGOS

Puede marcar más de una.

Ver *Notas para costos, cuotas y datos para pagos, y *Programa de regularización 2021.

CONCEPTOS

Inscripción (Nuevos asociados, incluye anualidad en curso)

Anualidad en curso (asociados activos y pasivos)

1 Anualidad pendiente (asociados pasivos)

2 Anualidades pendientes (asociados pasivos)

Reincorporación (asociados dados de baja, 3 o más anualidades pendientes)

Cuota anual Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C. (AMJ) * Cuota Voluntaria

Aportación voluntaria y donativos *Ver Notas para Aportaciones y Donativos

FORMAS DE PAGO

Transferencia electrónica

Tarjeta de débito

Tarjeta de crédito

PayPal

Depósito a cuenta/Tarjeta

Efectivo

NOTA: El CMOJ nunca le pedirá datos bancarios ni financieros

Cantidad		Conceptos
<input type="text"/>	Pesos MXN	<input type="text"/>
Cantidad en números		Concepto
<input type="text"/>	Pesos MXN	<input type="text"/>
Cantidad en números		Concepto
<input type="text"/>	Pesos MXN	<input type="text"/>
Cantidad en números		Concepto
<input type="text"/>	Pesos MXN	<input type="text"/>
Cantidad en números		Concepto
TOTAL		
<input type="text"/>	Pesos MXN	Total de pagos al Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco A.C.
Cantidad en números		

7.- DATOS DE FACTURACIÓN

Datos intransferibles, para uso exclusivo del Colegio. * Obligatorio por normativa

R.F.C.	<input type="text"/>
	R.F.C.
Razón Social	<input type="text"/>
	Nombre/ Denominación/ Razón Social
Correo/ E-mail	<input type="text"/>
	Correo electrónico

8.- Otros datos fiscales. * No obligatorios a menos que usted cuente con sucursales

Datos de Contacto 1	Datos de Contacto 2	Otro
Domicilio Fiscal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calle	Número	Colonia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Municipio	Código Postal	

FAVOR DE ENVIAR o ENTREGAR COMPROBANTE DE PAGO JUNTO CON SU SOLICITUD:

- Correo: colegiados@oftalmologosjalisco.org.mx

- Realizar o entregar PAGO en Casa del Oftalmólogo: lunes a viernes 10:00 - 18:00 hrs.

9.- INSCRIPCIÓN

A) Requisitos y Documentos

* Llenar formato "Trabajo de Ingreso" de esta misma solicitud o entregar/ enviar archivo junto con el resto de los documentos (Si Ud. entrega un archivo a parte; favor especificar "Se entrega archivo a parte" en la sección de "Trabajo de Ingreso" de esta solicitud.

Marcar los requisitos cumplidos y de los cuales entrega o envía copia.

**Solicitud de admisión o formato de ingreso.* Es este mismo formato lleno con sus datos
Referencia de dos asociados del CMOJ**

Nombres y Apellidos de asociado Número 1 de Referencia

Nombres y Apellidos de asociado Número 2 de Referencia

Pago de cuota anual * Pagar in situ o entregar/ enviar comprobante de pago con su documentación

Documentos

- 1.- Título de Médico Cirujano con reconocimiento universitario
- 2.- Título/ Diploma de Especialidad en Oftalmología con reconocimiento universitario
- 3.- Cédula Profesional Federal y/o Estatal de Médico Cirujano
- 4.- Cédula Profesional Federal y/o Estatal de Especialidad en Oftalmología
- 5.- Curriculum Vitae
- 6.- Fotografía. Digital o física: 2 fotografías tamaño infantil a color (formales)
- 7.- Copia del Registro Federal de Causantes Contribuyentes (RFC)
- 8.- Trabajo de Ingreso. Entregar/ Enviar Resumen
 - Llenar formato anexo de "Trabajo de Ingreso" de esta misma solicitud o
 - Entregar/ enviar archivo junto con el resto de los documentos.
- 9.- CARTA DE JEFE DE ENSEÑANZA O JEFE DE SERVICIO
 - Avalando su situación de residente de último año o becario.
 - * REQUISITO EXCLUSIVO PARA ASPIRANTES EN FORMACIÓN.

Aspirante en formación

Solo deberá entregar requisitos: 1, 3, 5, 6, más el requisito 9. Los documentos 2, 4, 7 y 8 se deberán entregar en plazo no mayor a 12 meses a partir de la fecha de finalización de su programa.

Notas para inscripción

En el caso de documentos digitales tendrán que ser fotografías o scan de alta calidad de los documentos originales, ser legibles, sin enmendaduras ni edición. Los archivos deberán estar en formatos: PDF (preferente), o en imágenes formato JPG o JPEG. El nombre de archivo deberá incluir el nombre del solicitante y el documento en cuestión (Por ej. JUAN PEREZ_Título de Medicina).

Deberán enviarlos al correo electrónico oficial del Colegio o entregados en físico ya sea en papel o en una memoria USB.

Correo electrónico: colegiados@oftalmologosjalisco.org.mx

Casa del Oftalmólogo: lunes a viernes 10:00 a.m. a 18:00 hrs. *En físico o en una memoria USB

* No se admitirán por otros medios.

* Favor de enviar Documentos completos en el mismo mail o entrega (incluir comprobante de pago)

* Para cualquier duda contactar al Staff del Colegio

B) Trabajo de Ingreso

Podrá ser un trabajo de investigación, reporte de caso clínico, descripción de técnica quirúrgica o maniobra clínica, revisión de tema, etc.

RESUMEN (“abstract”) del trabajo de ingreso (250 palabras)

TÍTULO

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

Envío el presente trabajo como autor para trabajo de ingreso al CMOJ y asumo esta responsabilidad Coautores

Escribir el nombre completo del resto de los autores del trabajo (si aplica)

Me interesa publicar y presentar mi trabajo en alguno de los espacios del CMOJ (plataforma digital, curso anual, etc.).

Me interesa publicar mi trabajo en una revista científica.

Nombre solicitante

Firma _____

NOTAS Y GUÍA DEL FORMATO CMOJ Inscripción, regularización y actualización de asociados

Tipos de asociados (Punto 3 de este formato)

- A) Asociados Activos: Oftalmólogos radicados en el Estado de Jalisco que reúnan los requisitos exigidos por estatutos (papeles completos en inscripción y cuotas vigentes).
- B) Asociados Pasivos: Asociados Activos que dejen de cumplir con los requisitos exigidos * se reincorporaran como Asociados Activos, cuando hayan subsanado estos.
- C) Asociados Adherentes: Oftalmólogos radicados en otros Estados o en el extranjero, que lo soliciten y reúnan los requisitos correspondientes.
- D) Asociados Honorarios: miembros distinguidos de la sociedad, médicos nacionales o extranjeros y personalidades de indiscutible reputación científica, que contribuyan al progreso de la Oftalmología.
- E) Aspirantes en Formación: médicos en su último año de la especialidad en Oftalmología y/o en un programa formal de alta especialidad en Oftalmología, en ambos casos el programa deberá contar con aval universitario reconocido.

Datos (Punto 4 del formato)

[Aviso de Privacidad para datos personales](#)

Datos confidenciales. Los únicos datos susceptibles para publicarse son aquellos del Contacto #2 que son para el directorio de la página web y bajo su consentimiento.

Pagos (Punto 5 del formato)

Cuota AMJ (voluntaria) = \$ 200 MNX

Donativos voluntarios = Para los programas de difusión y educación social del Colegio u otros programas con impacto social. Se dará una constancia de cómo se usó ese dinero.

*** Ver programa de regularización y actualización anexo**

**** Para pagos usar los siguientes datos del Colegio**

***** Para cualquier duda o asunto relacionado con este formato no dude en contactar al CMOJ**

INFORMACIÓN Y DATOS DE CONTACTO DEL CMOJ:

Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco A.C.

Tel: 33 36301304 y 33 3616 9847

Celular/ WhatsApp: 33 3404 2139

López Cotilla Núm. 2123 Col. Arcos Guadalajara Jalisco

Email: colegiados@oftalmologosjalisco.org.mx

<https://www.oftalmologosjalisco.org.mx>

DATOS BANCARIOS

Colegio de Médicos Oftalmólogos de Jalisco, A. C

BVA BANCOMER

No. cuenta: 01 65 00 57 52,

Transferencia interbancaria: CLABE 012320001650057523

TERMINAL BANCARÍA

Pago con tarjeta de crédito o débito directo en Casa del Oftalmólogo

PAY PAL

<https://paypal.me/ColegioMedOfJal>