



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Tegucigalpa, M.D.C.

Fecha: _____

**DOCTOR
ISAÍ GUTIÉRREZ ANDINO
SECRETARIO DE COLEGIACIONES
SU OFICINA**

Estimado Dr. Gutiérrez:

Por este medio le solicito Reposición del Certificado que me acredita como especialista en _____

Presento los documentos siguientes:

- ✓ Copia del título o copia del certificado extendido por el CMH.
- ✓ Solvencia Del Colegio Médico.
- ✓ Fotografía Ovalada **(en blanco y negro vestimenta formal Hombres saco negro y camisa de cuello blanca, corbata negra, Mujeres Chaqueta negra y camisa de cuello blanca, tamaño 7X5cm. en 300 megapíxeles).**
- ✓ Enviar fotografía en digital al correo electrónico: **colegiaciones@colegiomedico.hn**
- ✓ Recibo de pago o depósito de L.300.00 para el certificado
- ✓ Copia de la identidad, escribir su nombre a puño y letra y si tiene tilde remarcarlos.

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente.

DR. (A) _____

Colegiado # _____

Tel. _____

Delegación: _____

FORMA No. SC-013