|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Número de cédula |  |
| Celular |  |
| Correo eletrônico |  |
| Universidad y Sede |  |

**Nota: Deben diligenciar el formulario de inscripción de Internado y enviarlo en word al correo** **cointernado@hospitalquindio.gov.co** **si tiene alguna duda por favor comunicarse al telefono 6067359757 extensión 290.**