|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SS 2020 | DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA  SERVICIO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO  DOCUMENTOS QUE DEBERA ENTREGAR PARA LOS TRÁMITES  DE POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA | INR 2020 |

MÉDICOS NACIONALES

Nombre del Posgrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Corre electrónico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Talla de bata requerida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN** | **Entregar en el Servicio de Educación Continua** | |
| **Original** | **Copia** |
| Currículum actualizado, documentado, con fecha de elaboración y firma | 1 |  |
| Copia del acta de nacimiento |  | 1 |
| Copia del título profesional de médico cirujano |  | 1 |
| Copia de la cédula profesional de médico cirujano |  | 1 |
| Copia de la constancia de calificaciones de la residencia |  | 1 |
| Copia de la constancia institucional de la especialidad |  | 1 |
| Copia del diploma universitario de la especialidad |  | 1 |
| Copia de la cédula de la especialidad |  | 1 |
| Copia de la portada de tesis de la especialidad |  | 1 |
| Copia de la constancia de certificación por el consejo correspondiente |  | 1 |
| Copia CERTIFICADA de la acreditación del examen de seleccionado del C.I.F.R.H.S. |  | 1 |
| Copia de la credencial de elector INE |  | 1 |
| Copia del CURP (formato actualizado) |  | 1 |
| Copia de la Constancia de Situación Fiscal (RFC) |  | 1 |
| Carta Beca (en caso de no contar con beca de la Secretaría de Salud) |  | 1 |
| Copia de la carátula del seguro de gastos médicos mayores (en caso de no contar con beca de la Secretaría de Salud) |  | 1 |
| Copia de la carátula del seguro de responsabilidad civil (en caso de no contar con beca de la Secretaría de Salud) |  | 1 |
| 4 fotografías recientes tamaño infantil a color de frente (vestimenta formal) | 4 | 1 |
| Carta de motivos dirigida al Titular de la Dirección de Educación en Salud, con atención al profesor titular del curso | 1 | 1 |

Es importante que todas las copias que presente sean LEGIBLES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SS 2020 | DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA  SERVICIO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO  DOCUMENTOS QUE DEBERA ENTREGAR PARA LOS TRÁMITES  DE POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA | INR 2020 |

MÉDICOS EXTRANJEROS

Nombre del Posgrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Corre electrónico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Talla de bata requerida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓN** | **Entregar en el Servicio de Educación Continua** | |
| **Original** | **Copia** |
| Currículum actualizado, documentado, con fecha de elaboración y firma. | 1 |  |
| Original y Copia del acta de nacimiento legalizada por el cónsul de México en el país de origen o apostillada, o copia fotostática con legalización original del cónsul de México en el país de origen. | 1 | 1 |
| Copia del título profesional de médico cirujano con apostille original o legalizado por el cónsul de México en el país de origen. |  | 1 |
| Copia de la cédula profesional de médico cirujano. |  | 1 |
| Original y Copia del certificado (calificaciones) de estudios completo de la especialidad apostillado o legalizado por el cónsul de México en el país de origen. | 1 | 1 |
| Copia de la constancia institucional de la especialidad |  | 1 |
| Copia del diploma universitario de la especialidad con apostille original o legalizado por el cónsul de México en su país de origen. |  | 1 |
| Copia de la cédula de la especialidad |  | 1 |
| Copia de la portada de tesis de la especialidad |  | 1 |
| Copia del pasaporte |  | 1 |
| Copia de la Visa de estudiante otorgada por la Embajada de México en su país |  | 1 |
| Copia de su Residencia Temporal como estudiante otorgada por Migración |  | 1 |
| Copia del CURP |  | 1 |
| Carta Beca |  | 1 |
| Copia de la carátula del seguro de gastos médicos mayores con cobertura para México |  | 1 |
| 4 fotografías recientes tamaño infantil a color de frente (vestimenta formal) | 4 |  |
| Carta de motivos dirigida al Titular de la Dirección de Educación en Salud, con atención al profesor titular del Posgrado. | 1 | 1 |

Es importante que todas las copias que presente sean LEGIBLES