

CONVOCATORIA

EXAMEN DE REGULARIZACIÓN

MAYO 2024



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA NEUROLÓGICA, A.C.



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.

El Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A.C. con el objeto de promover la certificación y recertificación de especialistas de acuerdo con los lineamientos del CONACEM, promueve un Programa de Regulación para aquellos Neurocirujanos que tengan su certificación vencida convocando a los interesados a participar en este proceso, bajo las siguientes bases:

- 1.- El examen será presencial, durante el “XXI Congreso de Neurocirugía – Encuentro Latinoamericano 2024 “Controversias en Neurocirugía”, a celebrarse en el Hotel Grand Fiesta Americana Los Cabos los días 15 al 17 de mayo de 2024 .
- 2.- La materia a examinar será de neurocirugía “EXAMEN ORAL”, basado en casos clínicos con un jurado pertinente.
- 3.- Podrán participar en este examen únicamente los neurocirujanos que continúen activos en la especialidad y que:
 - Neurocirujanos certificados, que tengan su certificación vencida.
- 4.- Cumplir con los requisitos y documentación solicitada (ver anexos).
- 5.- Cubrir la cuota, (ver anexo 3).
- 6.- Fecha límite para registro y entrega de documentos, **será el día 7 de Mayo 2024**

Informes y dudas, favor de comunicarse a la oficina del Consejo



55 6236 7839 / 55 6236 7840



55 2258 8626



consejomxcirugianeurologica@gmail.com



RECERTIFICACIÓN.

La documentación siguiente se deberá enviar al correo **consejomxcirugianeurologica@gmail.com** en formato PDF, las fotografías deberán entregarse sin excepción el día de su examen con las especificaciones correspondientes, la siguiente documentación a enviar es:

- 1.- Llenar, firmar la solicitud de examen y declaración de principios (se anexan).
- 2.- Copia de **Título de neurocirugía.**
- 3.- Copia de su **última recertificación.**
- 4.- Copia de cédula profesional de especialista.
- 5.- Copia de carta de la autoridad correspondiente (institucional o privada), que indique que continúa activo en la neurocirugía.
- 6.- Dos fotografías recientes de frente, blanco y negro sin retoque, papel mate de 9x6 ovaladas, se anexa indicaciones, **se entregan sin excepción el día de presentación al examen.**
- 7.- Copia del comprobante del pago correspondiente, en caso de requerir factura favor de anexar su Constancia Fiscal sin ella no se puede generar factura.
- 8.- **Resumen curricular, de los últimos 5 años de sus actividades relacionadas con la especialidad.**



CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C.
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Ciudad de México a _____ de _____ del 2024

NOMBRE(S) _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
R.F.C. _____ CURP _____
CEDULA DE MEDICO CIRUJANO _____ CÉDULA DE ESPECIALISTA _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ EDAD _____ GÉNERO _____
NACIONALIDAD _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
TELÉFONO _____ N° DE CELULAR _____

DIRECCIÓN:

CALLE _____ N° EXT. _____ N° INT. _____
COLONIA _____ ALCALDÍA/MUNICIPIO _____
ESTADO _____ C.P. _____

Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen le será enviada a la dirección que nos proporcione.

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:

CALLE _____ N° EXT. _____ N° INT. _____
COLONIA _____ ALCALDÍA/MUNICIPIO _____ ESTADO _____
C.P. _____ TELÉFONO _____ PUESTO QUE DESEMPEÑA _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA _____
FECHA DE GRADUACIÓN _____ TÍTULO DE _____
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES _____
HOSPITAL DONDE REALIZO LA RESIDENCIA _____

CÓMO DESEA QUE APAREZCA SU NOMBRE EN EL CERTIFICADO EN CASO DE CONCEDERSE ESTE: (FAVOR DE UTILIZAR MAYÚSCULAS, MINÚSCULAS Y ACENTOS)

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, A.C., de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.

Firma de solicitante

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Ciudad de México a _____ de _____ del 2024

Señor Doctor

Juan Luis Gómez Amador

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.

PRESENTE

Estimado Doctor Gómez:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar **EXAMEN POR RECERTIFICACIÓN** de ese Consejo, en vista de que cumplo con los requisitos para sustentarlo.

En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.** aceptaré la negativa del certificado por fracaso en el examen y me comprometo a devolver dicho certificado en caso de que las reglas que cubren dichos certificados sean violadas por mi o por cualquier razón de las señaladas en los estatutos. Estoy de acuerdo en liberar al **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, con el grado o grados obtenidos en el mismo.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



COSTO DE EXAMEN

El costo para ambos casos es de **\$16,548.00**

Datos Bancarios:

BANAMEX —→ 4877563

SUCURSAL —→ 575

CLABE —→ 002180057548775632

Si se requiere factura, favor de anexar su **Constancia Fiscal** junto con su comprobante de pago, indicar el correo a donde se enviara su factura.
si no trae constancia no se realizará la factura.

Oficina

^{er}
Miami No. 47, 1 Piso, Col. Nápoles, Alcaldía. Benito Juárez, Cp. 03810

Tels: 55.6236.7839 * 55.6236.7840 * Cel. 5522.58.8626

consejomxcirugianeurologica@gmail.com

Horario de recepción de documentación es de Lunes - Viernes de 10:00 a 16:30 hrs.

<http://www.cmcn.org.mx/>



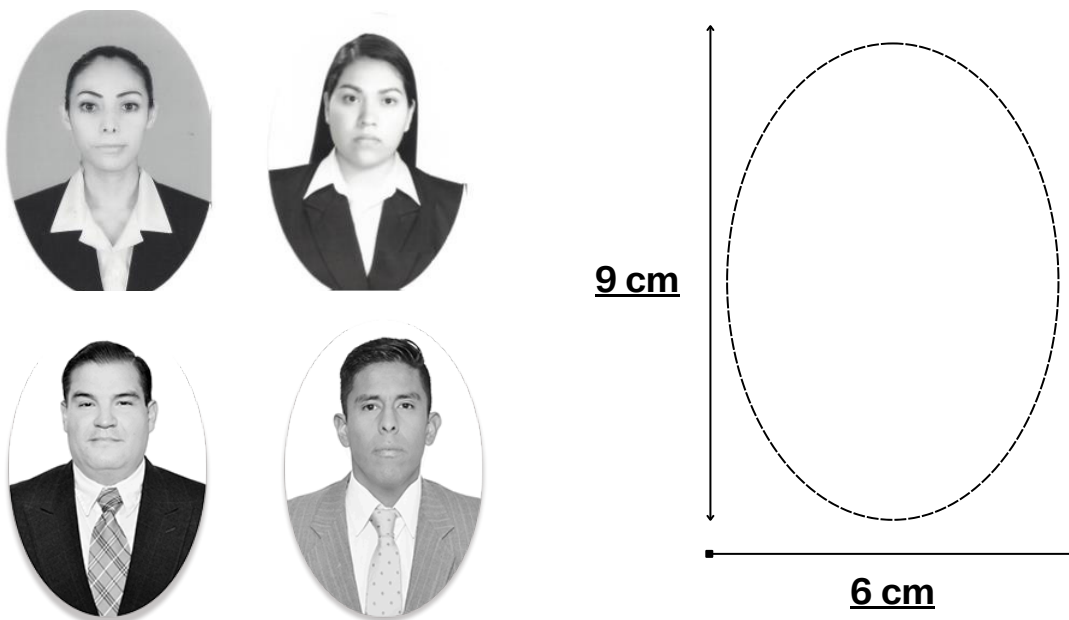
CARACTERISTICAS GENERALES OBLIGATORIAS:

- Fotografías recientes en revelado análogo de estudio (no se aceptan instantáneas, ni digitales).
- Tamaño de 9 x 6 cm
- Ovaladas
- En papel mate, (sin laca matizante).
- Toma fotográfica de frente
- Blanco y negro.
- Fondo blanco.
- Frente y orejas descubiertas.
- Rostro serio.
- Sin anteojos, ni pupilentes de color.
- Sin sombrero o insignias.
- Sin anotaciones en la parte superior.
- Vestimenta formal.

Características particulares:

- **Mujeres.-** Saco oscuro, blusa blanca, sin escote pronunciado, maquillaje y accesorios discretos.
- **Hombres.-** Saco oscuro, camisa blanca, corbata sin estampados, bigote recortado por encima del labio superior (que se observe el contorno de los labios), barba recortada y arreglada (recuerda que es un trámite formal).

Ejemplo:



Fotografías no válidas

Motivos: por se impresas en inyección de tinta, medidas no reglamentarias y mal cortadas. Por utilizar papel brillante, cartoncillo con marca de agua, fotos digitalizadas, pixeleadas, etc.

Favor de entregar las fotos, en un sobre con su nombre y con las especificaciones correspondientes junto con sus documentos ya que no se hará el incio de actualización de certificado si no hay fotos.