



Consejo Mexicano de Especialistas  
en Coloproctología A.C.

Foto

SOLICITUD DE: CERTIFICACION \_\_\_\_\_ RENOVACION \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_ M \_\_\_ F

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

ENTIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

INSTITUCION DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_

DIRECCION PARTICULAR \_\_\_\_\_

DIRECCION CONSULTORIO \_\_\_\_\_

TEL CELULAR \_\_\_\_\_ TEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_

TEL DOMICILIO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

FECHA EXAMEN PROFESIONAL \_\_\_\_\_ UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

FECHA DE CERTIFICACION \_\_\_\_\_

ULTIMA CERTIFICACION \_\_\_\_\_

1. RESIDENCIAS E INSTITUCIONES (SOLO EN CASO DE CERTIFICACIÓN):

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

2.- EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA:

ASISTENCIA AL CONGRESO DE LA ESPECIALIDAD, ACTUALIZACIÓN, ETC. (DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS PARA RECERTIFICACIÓN).

TIPO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

SEDES: \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

SEDES: \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

SEDES: \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

SEDES: \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

SEDES: \_\_\_\_\_

3.- PORCENTAJE DE ASISTENCIA A SESIONES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE PROCTOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS \_\_\_\_\_% (RECERTIFICACIÓN).

4.- ACTIVIDADES DOCENTES: PROFESOR DE PREGRADO, POSTGRADO, CURSO MONOGRÁFICO, CONGRESO NACIONAL O INTERNACIONAL (TITULAR, ADJUNTO, ASOCIADO, AYUDANTE O INVITADO).

CURSO: \_\_\_\_\_

PROFESOR: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

PROFESOR: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

PROFESOR: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

5.- ACTIVIDADES PROFESIONALES:

HOSPITAL E INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

HOSPITAL E INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

CONSULTORIO/HOSPITAL PARTICULAR (EJERCE COMO): \_\_\_\_\_

HORAS POR DÍA: \_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

CONSULTORIO PARTICULAR (EJERCE COMO): \_\_\_\_\_ HORAS POR DÍA:

\_\_\_\_\_ FECHAS: \_\_\_\_\_

6.- SOCIEDADES MÉDICAS A LAS QUE PERTENECE Y FECHAS DE INGRESO:

---

---

---

---

---

---

---

---

7.- TRABAJOS PUBLICADOS (EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS PARA RECERTIFICACIÓN) AUTORES, TÍTULO, FECHA, VOLUMEN, EDITORIAL:

---

---

---

---

---

---

---

---

8.- OTROS DATOS DE INTERÉS (CARGOS EN LA SOCIEDAD O EL CONSEJO DE LA ESPECIALIDAD, ASOCIACIONES MÉDICAS, GRADOS ACADÉMICOS, ACTIVIDADES EDITORIALES O CIENTÍFICAS).

---

---

---

---

---

---

---

---

**NOTAS:**

A) EN CASO DE QUE EL ESPACIO SEA INSUFICIENTE, ANOTE LOS DATOS FALTANTES EN UNA HOJA ANEXA POR SEPARADO, UNA PARA CADA INCISO CON EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.

B) CUALQUIER ACTIVIDAD NO PREVISTA EN LA SOLICITUD, SERÁ VALORADA POR EL COMITÉ DE CERTIFICACIONES.

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXARSE A ESTA SOLICITUD:**

- 1.- DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO DIPLOMA, BLANCO Y NEGRO, SIN RETOQUE, CON ROPA FORMAL. (\*) (\*\*)
- 2.- FOTOCOPIA DEL COMPROBANTE DE PAGO.
- 3.- FOTOCOPIA DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO. (\*)
- 4.- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE PROFESIONES. (\*)
- 5.- FOTOCOPIAS DE DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE RESIDENCIA EN LA ESPECIALIDAD. (\*)
- 6.- FOTOCOPIAS DE DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE ASISTENCIA A CURSOS, CONGRESOS O ACTIVIDADES DOCENTES.
- 7.- FOTOCOPIA DEL COMPROBANTE DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES.
- 8.- FOTOCOPIA DE LOS DIPLOMAS QUE ACREDITEN LA MEMBRESÍA EN SOCIEDADES MÉDICAS.
- 9.- FOTOCOPIA DE LA PRIMERA PÁGINA DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS.
- 10.- FOTOCOPIA DEL DIPLOMA DE CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN ANTERIOR. (\*\*) (\*)  
UNICAMENTE PARA CERTIFICACIÓN / (\*\*) UNICAMENTE PARA RECERTIFICACIÓN.

---

FIRMA Y FECHA

**NOTAS:**

A) EN CASO DE QUE EL ESPACIO LE SEA INSUFICIENTE, ANOTE LOS DATOS FALTANTES EN ESTA HOJA ANEXA, UNA PARA CADA INCISO CON EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.