



CONVOCATORIA

EXAMEN EXTEMPORÁNEO DE CERTIFICACIÓN EN NEONATOLOGÍA

30 OCTUBRE, 2021

DIRIGIDO A:

- Médicos Neonatólogos que tengan más de 6 años de haberse certificado y no se hayan Recertificado.
- Médicos Neonatólogos que tengan más de 6 años de haberse Certificado y que habiendo presentado el Examen de Recertificación, no lo hayan acreditado.
- Médicos Neonatólogos que nunca hayan presentado el Examen de Certificación.
- Médicos Neonatólogos que nunca acreditaron el Examen de Certificación.
- **No está dirigido a Médicos con menos de 6 años de haberse recibido ni a médicos recién egresados.**

A. MÉDICOS NEONATÓLOGOS QUE NUNCA SE HAYAN CERTIFICADO

1. **Carta Solicitud** al CMCP, SN y **Aviso de Privacidad** firmado (formatos anexos a esta convocatoria).
2. Llenar Resumen Curricular (formato anexo a esta convocatoria).
3. Copia del Título de Médico Cirujano.
4. Copia de la Cédula Profesional.
5. Copia de Diploma de Pediatría.
6. Copia de la Cédula de Pediatría.
7. Copia de Diploma de Neonatología o Carta de Institución Formadora.
8. Copia de la Cédula de Neonatología.
9. Copia de la Certificación del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.
10. Copia del Taller de Reanimación Neonatal vigente.
11. Dos fotografías TAMAÑO DIPLOMA en blanco y negro.
12. Original del depósito bancario a nombre del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría Sección Neonatología A.C., en BBVA Bancomer CTA. 0141453416 por \$4,000 (cuatro mil pesos); conserve una copia del original como comprobante.

B. MÉDICOS NEONATÓLOGOS QUE CUENTEN CON CERTIFICACIÓN NO VIGENTE

1. **Carta Solicitud** al CMCP, SN y **Aviso de Privacidad** firmado (formatos anexos a esta convocatoria).
2. Llenar Resumen Curricular (formato anexo a esta convocatoria).
3. Copia de la Cédula Profesional de Pediatra.
4. Copia de Diploma de Neonatología o Carta de Institución formadora.
5. Copia de la Certificación del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.
6. Copia del Certificado inicial o última recertificación.
7. Copia del Taller de Reanimación Neonatal Vigente.
8. Dos fotografías **TAMAÑO DIPLOMA** en blanco y negro.
9. Original del depósito bancario a nombre del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría Sección Neonatología A.C., en BBVA Bancomer CTA. 0141453416 por \$4,000 (cuatro mil pesos); conserve una copia del original como comprobante.

LOS DOCUMENTOS SERÁN RECIBIDOS EN DOS MODALIDADES

VÍA CORREO ELECTRÓNICO A

consejoneonato@gmail.com

ENTREGA FÍSICA EN OFICINAS PREVIA CITA:

José María Rico 121, Despacho 611, Col. del Valle,
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 03100

CITAS A LOS TELÉFONOS: 55 5534 8849 Y 55 8530 3657

**SEDE DEL
EXAMEN
POR CONFIRMAR**

CIERRE DE CONVOCATORIA 15 DE OCTUBRE DE 2021, 16:00 HORAS

Si tienes dudas marca al:  55 5534 8849

 consejoneonato@gmail.com  www.consejoneonato.com.mx



CONSEJO MEXICANO DE
CERTIFICACIÓN EN
PEDIATRÍA, SECCIÓN
NEONATOLOGÍA, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Lugar y Fecha

Dra. Deneb Algedi Morales Barquet
Presidente,
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.
Presente

Por medio de la presente solicito que se me permita presentar el Examen de Certificación y que, en caso de resultar aprobado, se me conceda el Certificado de Especialista en Neonatología. Así mismo, declaro que, en caso de no aprobar dicho examen, aceptaré la negativa de Certificación.

Declaro también que acepto la decisión que el CMCP, Sección Neonatología, tome con respecto a la presente solicitud, en los términos de los Estatutos del propio Consejo.

SEDE DEL EXAMEN: _____

ATENTAMENTE

Nombre Completo

Firma



RESUMEN CURRICULAR

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

NACIMIENTO _____ **EDAD** _____
LUGAR DIA / MES / AÑO AÑOS

RFC _____ - _____ - _____ **CURP** _____

NACIONALIDAD _____ **No. de FM9** _____
NO MEXICANOS

DOMICILIO PERMANENTE _____
CALLE No. COLONIA

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL () TELEFONO

E- MAIL: _____ **TEL. MÓVIL ()** _____

TITULO DE MEDICO CIRUJANO: _____
UNIVERSIDAD

_____ **EXPEDIDO:** _____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA / MES / AÑO No.

TITULO DE MEDICO PEDIATRA: _____
UNIVERSIDAD Y HOSPITAL

_____ **EXPEDIDO:** _____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA / MES / AÑO No.

INICIO: _____ **TERMINACIÓN:** _____ **CERTIFICADO DE PEDIATRIA** _____
DIA / MES / AÑO DIA / MES / AÑO No.

TITULO DE NEONATOLOGÍA: _____
UNIVERSIDAD Y HOSPITAL

_____ **EXPEDIDO:** _____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA / MES / AÑO No.

INICIO: _____ **TERMINACIÓN:** _____ **CERTIFICADO NEONATOLOGÍA** _____
DIA / MES / AÑO DIA / MES / AÑO No.

OTRO POSGRADO: _____
PROGRAMA UNIVERSIDAD

_____ **EXPEDIDO:** _____ **CÉDULA** _____
LUGAR DIA / MES / AÑO No.

INICIO: _____ **TERMINACIÓN:** _____ **CERTIFICADO:** _____
DIA / MES / AÑO DIA / MES / AÑO NOMBRE Y No.

FOLIO DEL TALLER DE REANIMACIÓN NEONATAL OTORGADO POR LA SECRETARIA DE SALUD: _____



AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Julio de 2010, hacemos de su conocimiento que el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría Sección Neonatología A.C. (CMCP_SN) con domicilio en José María Rico 121, Despacho 611 Colonia del Valle. Ciudad de México. Tel 55 5534 8849 correo electrónico: consejoneonato@gmail.com es responsable de sus datos personales que fueron proporcionados en forma documental, escrita, telefónica y/o electrónica durante los trámites de Certificación o Recertificación en la Subespecialidad en Neonatología.

Datos Personales que son recabados por el CMCP, SN.

- Nombre, Lugar de Nacimiento, Fecha de Nacimiento, Edad, RFC, CURP, Nacionalidad, Número de Forma FM9, Domicilio, Teléfono de Domicilio, Teléfono celular, correo electrónico.
- Título médico cirujano, Universidad que emite el título, Fecha de titulación, Cédula Profesional SEP Médico Cirujano.
- Título médico Pediatra, Hospital donde realiza la residencia en pediatría, Universidad que emite el título de Pediatra, Fecha de inicio y fecha de terminación de la especialidad en pediatría, fecha de titulación, Número de Certificado en Pediatría y Cedula Profesional de especialista SEP de Pediatra.
- Título Neonatólogo, Hospital donde realiza la residencia en Neonatología, Universidad que emite el título de Neonatólogo, fecha de inicio y fecha de terminación de la especialidad Neonatología, Fecha de titulación, Cedula Profesional SEP de Neonatología. Número de Certificado en Neonatología y Fecha de última Recertificación.
- Otro Postgrado: Hospital donde realiza postgrado, Universidad que emite el título del postgrado, fecha de inicio y fecha de terminación del postgrado. Fecha de titulación, Cédula Profesional SEP de Postgrado
- En Constancias de: Adscripción a instituciones de salud públicas o privadas, asistencia a Congresos, Cursos y Talleres nacionales ó extranjero, así como publicaciones médicas científicas.

Finalidad de la recolección de datos:

Estos datos son utilizados para verificar la información que proporciona el médico y con ellos conformar las bases de datos generales, académicos y profesionales, para tener la evidencia que soporte el dictamen emitido por "los pares" respecto a la Certificación y Recertificación sobre la Competencia Profesional en Neonatología y así dar cumplimiento con los requerimientos legales aplicables a los Estatutos del CMCP, SN como Asociación Civil adherida al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas A.C. (CONACEM)

Transferencia de Datos:

Sus datos personales completos son manejados y tratados por el personal que labora en la oficina del CMCP_SN. Los referentes a lo académico, profesional y los resultados de sus evaluaciones serán compartidos con los Consejeros de las diferentes sedes nacionales del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, CONACEM e instituciones afines en el extranjero.

El CMCP, SN compartirá los datos personales de Nombre, Teléfono y correo electrónico, Número de certificado, vigencia de certificación con la Federación Nacional de Neonatología de México, con la finalidad de enviar información de cursos congresos



AVISO DE PRIVACIDAD

relacionados con la Neonatología, así como información médica y científica relacionada con la subespecialidad.

Serán puestos en nuestra página electrónica para consulta pública para Instituciones de Salud y la Sociedad Mexicana en general: Nombre completo, número de certificado, vigencia y ciudad donde labora.

Esta información no será transferida a la industria farmacéutica ni editorial o cualquier otro que pretenda un uso comercial.

Procedimiento para acceder, rectificar, limitar ó revocar consentimiento:

Acceso y rectificación de Datos Personales: Usted podrá mantener actualizada nuestra base de datos del CMCP, SN a través de nuestra página de Internet: www.consejoneonato.com.mx

Únicamente podrá modificar: correo electrónico, dirección, teléfono de dirección y teléfono celular.

Usted puede limitar el uso y divulgación de su información personal, así como el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición o la revocación del consentimiento mediante una solicitud por escrito presentada en nuestro domicilio, dirigida al Director Administrativo o al Comité Ejecutivo, con los siguientes datos:

1. Nombre, Domicilio o medio que nos permita contactarlo.
2. Identificación oficial.
3. Descripción precisa del tipo de acción que desea se tome respecto de sus datos. Adjuntar la documentación que sustente la petición, así como los documentos que acrediten su personalidad en su caso.

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones por lo cual nos comprometemos a mantenerlo informado a través de nuestra página electrónica www.consejoneonato.com.mx

Consentimiento:

Nos comprometemos a no transferir su información personal a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como realizar esta transferencia en los términos que fija esta ley.

Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

- Consiento que mis datos personales sensibles sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Nombre: _____

Firma: _____