



**Universidad Veracruzana**

**Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Especialidades Médicas**

# **“PROCESO DE INSCRIPCIÓN”**

*MARZO 2024 - FEBRERO 2025*

**XALAPA, VERACRUZ, POZA RICA, CÓRDOBA Y ORIZABA**

# **BIENVENIDOS**



# ETAPAS DE INSCRIPCIÓN (MARZO 2024 – FEBRERO 2025)

1



Entrega de documentación digital  
por correo electrónico

2



Registro en línea

3



Pago e inscripción presencial en la  
Facultad de Medicina

**XALAPA, VERACRUZ, POZA RICA, CÓRDOBA Y ORIZABA**



# Documentación digital en un archivo PDF

## ASPIRANTES MEXICANOS

1. Hoja de datos generales.

### **Especialidades de entrada directa:**

2. Certificado de estudios profesionales de licenciatura.

3. Título profesional de la licenciatura o acta de examen de grado.

4. Cédula profesional de licenciatura.

5. Constancia de seleccionado del E.N.A.R.M 2023.

6. Constancia de aceptación emitida por la Institución de Salud.

7. Acta de nacimiento o copia certificada.

8. Identificación oficial (INE o IFE, pasaporte, cartilla de servicio militar nacional).

9. C.U.R.P (formato digital).

### **Especialidades de entrada indirecta:**

10. Certificado parcial o completo de la especialidad anterior, emitido por la Universidad de procedencia.

\*Enviar antes del **9 de agosto de 2024** a [emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx) ordenados, legibles, a color y en un solo archivo PDF.

\*Renombrar archivo iniciando con apellido ej. “ LleraGonzálezDavidAarón ”.

\*Agregar en el asunto de correo las claves configuradas del hospital (Ver tabla de claves para asunto)

**No se aceptaran fotografías ni archivos escaneados con la app CamScanner.**





# Documentación digital en un archivo PDF

## ASPIRANTES EXTRANJEROS

1. Hoja de datos generales.

### **Especialidades de entrada directa:**

2. Visa de estudiante y CURP emitida por el Instituto Nacional de Migración (Secretaría de Gobernación).
3. Oficio de revalidación de estudios de licenciatura emitido por la Secretaría de Educación de Veracruz.
4. Cédula profesional de licenciatura emitida por la Secretaría de Educación Pública.
5. Certificado de estudios profesionales de la licenciatura (*\*apostillado*).
6. Título profesional de la licenciatura o acta de examen de grado (*\*apostillado*).
7. Constancia de seleccionado del E.N.A.R.M 2023.
8. Constancia de aceptación emitida por la Institución de Salud.
9. Acta de nacimiento (*\*apostillada*).
10. Identificación oficial vigente con fotografía (Pasaporte).

### **Especialidades de entrada indirecta:**

11. Certificado parcial o completo de la especialidad anterior, emitido por la Universidad de procedencia (*\*apostillado*).

\*Enviar antes del **9 de agosto de 2024** a [emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx) ordenados, legibles, a color y en un solo archivo PDF.

\*Renombrar archivo iniciando con apellido ej. “ LleraGonzálezDavidAarón ”.

\*Agregar en el asunto de correo las claves configuradas del hospital (Ver tabla de claves para asunto)

No se aceptaran fotografías ni archivos escaneados con la app CamScanner.





# Claves para el asunto del correo

FACULTAD DE MEDICINA	HOSPITAL (MARZO 2024 – FEBRERO 2025)	CLAVE PARA EL ASUNTO DEL CORREO
Ciudad Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 64 Córdoba	UMF64M
Ciudad Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 61 Córdoba	UMF61M
Ciudad Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 1 Orizaba	UMF1M
Ciudad Mendoza	Hospital Regional de Río Blanco	HRRB
Ciudad Mendoza	Hospital General Zona No. 8 Córdoba	HGZ8
Ciudad Mendoza	Hospital General Regional No. 1 Orizaba	HGR1
Minatitlán	Unidad de Medicina Familiar No. 69 Coatzacoalcos	UMF69C
Minatitlán	Unidad de Medicina Familiar No. 67 de Coatzacoalcos	UMF67C
Minatitlán	Hospital Regional Pemex Minatitlán	PEMEXC
Minatitlán	Hospital Regional Coatzacoalcos Dr. Valentín Gomez Farías	HRC
Minatitlán	Hospital General de Zona No. 36 Coatzacoalcos	HGZ36C
Minatitlán	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32 Minatitlán	HGZ32
Minatitlán – Veracruz	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Campeche	HGZ1CAMPECHE
Poza Rica	Unidad de Medicina Familiar No. 73 Poza Rica	UMF73R
Poza Rica	Hospital Regional de Pemex Poza Rica	PEMEXR
Poza Rica	Hospital Regional Poza Rica de Hidalgo	HRR
Poza Rica	Hospital General de Zona No. 36 de Pachuca	HGZ36PACHUCA
Poza Rica	Hospital General de Zona No. 24 Poza Rica	HGZ24R

**Es responsabilidad del aspirante validar que los documentos cumplan con las características solicitadas y validar que la clave del asunto de su correo este correcta.**



# Claves para el asunto del correo

<b>FACULTAD DE MEDICINA</b>	<b>HOSPITAL (MARZO 2024 – FEBRERO 2025)</b>	<b>CLAVE PARA EL ASUNTO DEL CORREO</b>
Veracruz	Unidad de Medicina Familiar No. 61 Veracruz	UMF61V
Veracruz	Unidad de Medicina Familiar No. 57 Veracruz	UMF57V
Veracruz	UMAЕ Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines	UMAЕ14
Veracruz	Hospital Regional B Veracruz Alta Especialidad ISSSTE	ISSSTE
Veracruz	Hospital General de Zona No. 1 Tlaxcala	HGZ1TLAXCALA
Veracruz	Hospital General de Zona No. 71 Lic. Benito Coquet	HGZ71V
Veracruz	Hospital General de Zona No. 36 Cardel	HGZ36CARDEL
Veracruz	Hospital de Alta Especialidad de Veracruz	HAЕV
Xalapa	Unidad de Medicina Familiar No. 66 Xalapa	UMF66
Xalapa	Unidad de Medicina Familiar No. 10 Xalapa	UMF10
Xalapa	Instituto Veracruzano de Salud Mental Dr. Rafael Velasco Fernández	IVSM
Xalapa	Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón	HRNACHON
Xalapa	Hospital General de Zona No. 11 Xalapa	HGZ11
Xalapa	Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio	CAE

**Es responsabilidad del aspirante validar que los documentos cumplan con las características solicitadas y validar que la clave del asunto de su correo este correcta.**



# Ejemplo de información del correo

**HGZ11** **Asunto correcto.**

Marca para seguimiento. Completado el 26/02/2023.

AG ANTO  
Para: Coordinación de Especialidades Médicas

Pere: [redacted].pdf  
431 KB

No suele recibir correos electrónicos de [redacted]@hotmail.com. [Por qué esto es importante](#)

NOMBRE: José A [redacted]  
ESPECIALIDAD: Medicina Interna  
HOSPITAL: HGZ 11  
REGION: Xalapa Ver.

**Un solo archivo PDF y renombrado correctamente.**

**Importante agregar su información en cada solicitud.**

Outlook

Inicio Ver Ayuda

Correo nuevo Eliminar Archivar

- 1 XALAPA
  - CAE
  - HGZ 11**
  - HR NACHON
  - IVSM
  - UMF 10
  - UMF 66
- 2 VERACRUZ
- 3 MENDOZA
- 4 POZA RICA
- 5 COATZA

**Si el asunto es correcto llegara a la carpeta correcta.**

Jesús [redacted].a.

Marca para seguimiento. Completado el 09/03/2023.

JG Jesus go [redacted]  
Para: Coordinación de Especialidades Médicas

1. DATOS_GENERALES.pdf 144 KB	2-certificado de estudios pro... 234 KB	3-titulo.pdf 247 KB
4. cedula.pdf 291 KB	5. constancia ENARM.pdf 266 KB	6. carta aceptacion..pdf 324 KB
7. Acta de nacimiento.pdf 302 KB	8.INE.pdf 250 KB	9. CURP.pdf 268 KB
10. carta compromiso.pdf 266 KB		

10 archivos adjuntos (3 MB) Guardar todo en OneDrive - Universidad Veracruzana Descartar todo

No suele recibir correos electrónicos de jesus\_eduardogc@hotmail.com. [Por qué esto es importante](#)

Enviado desde Outlook

**No esta en un solo archivo.**

**Sin información.**

**Mayor probabilidad de Spam**

Resultados de Medicina, Campo Preclínico, certifica que [redacted] es  
estudiante de matrícula [redacted] en el [redacted]  
Círculo, con los resultados que se detallan en el anexo.

ÁREA DE FORMACIÓN BÁSICA

- 1. ANATOMÍA
- 2. FISIOLÓGICA
- 3. FISIOPATOLÓGICA
- 4. FISIOLÓGICA
- 5. FISIOPATOLÓGICA
- 6. FISIOLÓGICA
- 7. FISIOPATOLÓGICA
- 8. FISIOLÓGICA
- 9. FISIOPATOLÓGICA
- 10. FISIOLÓGICA



# Especialidades de entrada indirecta

Sub-Especialidad	Años requeridos	Especialidad / Requisito
Angiología y Cirugía Vasculár	1	Cirugía General
Cardiología	2	Medicina Interna
Cirugía Oncológica	4	Cirugía General
Hematología	1	Medicina Interna
Nefrología	2	Medicina Interna
Neurocirugía	1	Cirugía General
Medicina del Enfermo en Estado Crítico	3 3 2	Medicina de Urgencias Anestesiología Medicina Interna
Urología	1	Cirugía General



**Normatividad de Especialidades Médicas.**



# 1. Hoja de datos generales

 Universidad Veracruzana  
Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Especialidades Médicas

---

**DATOS GENERALES**  
**(MARZO 2024 - FEBRERO 2025)**

*Favor de llenar todos los campos sin abreviaturas*

Apellido Paterno Haga clic aquí para escribir texto.	Apellido Materno Haga clic aquí para escribir texto.	Nombre Haga clic aquí para escribir texto.
Fecha de Nacimiento (Día-Mes-año) Haga clic aquí para escribir texto.	Clave Única de Registro de Población (CURP) Haga clic aquí para escribir texto.	
Correo Electrónico Haga clic aquí para escribir texto.	Número telefonico de contacto Haga clic aquí para escribir texto.	
Contacto de Emergencia (Nombre, Parentesco y Teléfono) Haga clic aquí para escribir texto.		
Domicilio Actual (Calle-Colonia-Localidad-Mpio.) Haga clic aquí para escribir texto.	Domicilio de Origen (Calle-Colonia-Localidad-Mpio.) Haga clic aquí para escribir texto.	
Especialidad Que Cursa Haga clic aquí para escribir texto.		
Hospital de Adscripción Sede y/o Subsede. Haga clic aquí para escribir texto.		

**Llenarla a computadora, podrás descargarla en nuestra pagina oficial.**





# 2. Certificado legalizado de licenciatura

SECRETARIA GENERAL  
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION ESCOLAR

CERTIFICA QUE [REDACTED] INTEGRAMENTE

LOS ESTUDIOS DE LICENCIATURA  
DE MEDICO CIRUJANO  
EN LA FACULTAD DE MEDICINA  
CON UN PROMEDIO DE 8.89 (OCHO PUNTO OCHENTA Y NUEVE)

NUMERO PLANTIL	CLASE	SEMESTRE	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	CREDITOS	PERIODO
01	012	0029	04 LA TEOR. CEL. PTO. VISTA HIST. SU RELL.	10	2014-0
02	012	1120	17 ANATOMIA	08	2014-0
03	012	1121	15 BIOLOG. CELULAR E HISTOLOGIA MEDICA	09	2014-0
04	012	1122	21 BIOQUIMICA Y BIOLOGIA MOLECULAR	07	2014-0
05	012	1123	09 EMBRIOLOGIA HUMANA	09	2014-0
06	012	1124	03 INTEGRACION BASICO CLINICA I	08	2014-0
07	012	1125	11 INTRODUCCION A LA SALUD MENTAL	08	2014-0
08	012	1126	07 SALUD PUBLICA Y COMUNIDAD	08	2014-0
09	012	1127	03 INFORMATICA BIOMEDICA I	02	2014-0
10	012	0036	00 INGLES REQUISITO DE TITULACION	AC	2015-0
11	012	0795	04 MEXICO NACION MULTICULTURAL	10	2015-0
12	012	1224	23 FARMACOLOGIA	08	2015-0
13	012	1225	23 FISILOGIA	08	2015-0
14	012	1226	02 INTEGRACION BASICO CLINICA II	08	2015-0
15	012	1227	19 INTRODUCCION A LA CIRUGIA	08	2015-0
16	012	1228	07 PROMOC. D LA SALUD EN EL CICLO VIDA	08	2015-0
17	012	1229	07 INMUNOLOGIA	08	2015-0
18	012	1230	03 INFORMATICA BIOMEDICA II	08	2015-0
19	012	1231	07 MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	08	2015-0
20	012	1323	08 EPIDEMIOLOG. CLIN. Y MED. BASAD EVIDENC	10	2016-0
21	012	1324	02 IMAGENOLOGIA	10	2016-0
22	012	1325	01 LABORATORIO CLINICO	10	2016-0
23	012	1326	03 MEDICINA PSICOLOGICA Y COMUNICAC.	08	2016-0
24	012	1327	29 PROPEDEUT. MEDICA Y FISIOPATOLOGIA	08	2016-0
25	012	1328	06 ANATOMIA PATOLOGICA I	09	2016-0
26	012	1329	09 CARDIOLOGIA	08	2016-0
27	012	1330	07 NEUMOLOGIA	08	2016-0
28	012	1331	04 OTORRINOLARINGOLOGIA	10	2016-0
29	012	1332	04 UROLOGIA	10	2016-0
30	012	1333	06 PSIQUIATRIA	10	2016-0
31	012	1334	01 NEFROLOGIA	07	2016-0
32	012	1335	01 HEMATOLOGIA	07	2016-0

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

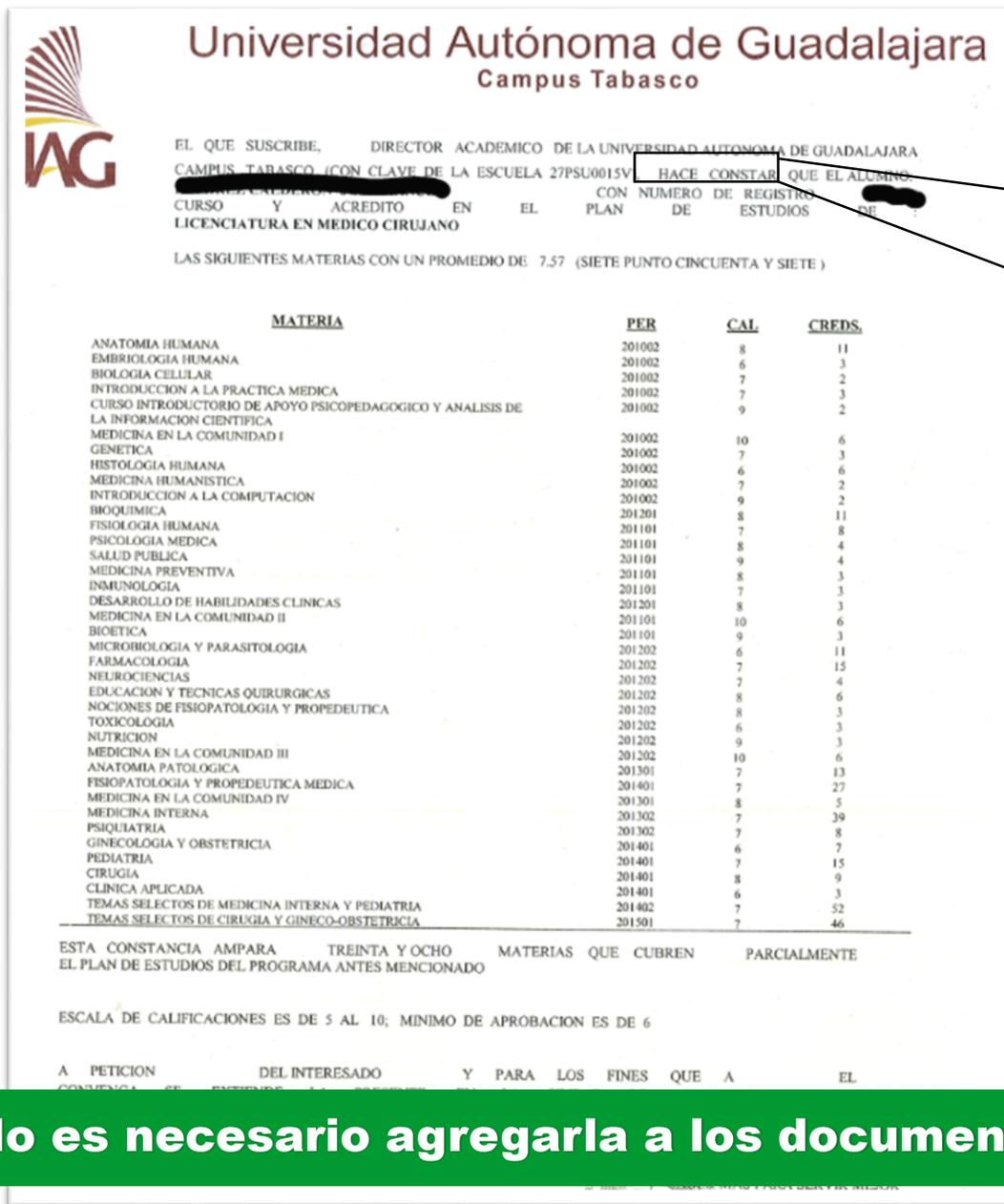
CERTIFICA QUE:

**ES VÁLIDO SI CONTINE:**  
- "CERTIFICA QUE"  
- "CERTIFICADO"

**NO SON VÁLIDOS:**  
-CARDEX  
-CONSTANCIAS  
-HISTORIALES ACADÉMICOS



# Ejemplo de documento no válido



HACE CONSTAR

ES VÁLIDO SI CONTINE:

- "CERTIFICA QUE"
- "CERTIFICADO"

NO SON VÁLIDOS:

- CARDEX
- CONSTANCIAS
- HISTORIALES ACADÉMICOS

No es necesario agregarla a los documentos.



# Carta compromiso y constancia de documento en trámite

  
DIRECCION GENERAL DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Coordinación de Especialidades Médicas

**CARTA COMPROMISO PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS PENDIENTES**

Dr. Arturo Aguilar Ye  
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud  
Universidad Veracruzana

Quién suscribe  por este medio declaro haber comprendido la información proporcionada por la Coordinación de Especialidades Médicas en el curso de inducción ciclo 2 y me comprometo a entregar a dicha Coordinación los documentos requeridos para mi inscripción como estudiante de Especialidades Médicas de la Universidad Veracruzana.

Documentos pendientes por entregar (marca con una "X" el recuadro según corresponda):

Certificado legalizado de estudios profesionales de la licenciatura.

Título profesional de la licenciatura.

Cédula profesional de licenciatura.

Certificado parcial o completo de especialidad anterior.

He sido informado sobre los procesos establecidos, asumiendo que de no cumplir en tiempo y forma con los documentos, requisitos y trámites con fecha límite de 3 meses a partir de la fecha de inscripción de la especialidad médica en \_\_\_\_\_, no habré concluido mi proceso de inscripción por lo que el mismo será cancelado.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESIDENTE

Xalapa, Ver. \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

## DOCUMENTOS VÁLIDOS:

- Certificado legalizado, título o cédula de licenciatura
- Certificado parcial o completo de especialidad anterior (entrada indirecta).

con fecha límite de 3 meses

-En caso de no tener su Título, enviar acta de examen de grado y carta compromiso.

**Artículo 22.** El plazo improrrogable para la presentación de la documentación a que se refiere el artículo anterior será de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de clases de acuerdo con el calendario oficial. En caso de no hacerlo, el aspirante causará baja por cancelación de inscripción.

La cancelación de inscripción los derechos obtenidos en ese proceso de aplicación no restringe la participación en procesos de ingreso posteriores.



Se descarga en nuestra pagina oficial.

**Estatuto de alumnos UV 2008.**



# 6. Constancia de aceptación IMSS

 **GOBIERNO DE MÉXICO** 

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa  
Desconcentrada Regional Veracruz Norte  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Xalapa de Enríquez, Ver, a 13 de enero del 2022

**Dr. Oscar Baizabal Ramírez**  
Director Médico HGZ 11  
Xalapa, Ver.

**At'n: Dra. María del Rosario López Ochoa**  
Coordinadora Clínico de Educación en Salud

Me es grato presentar al Dr. (a):  


Quien ha sido aceptado (a) para realizar el 1º año de la especialidad en:  
**URGENCIAS MEDICAS**

En la unidad a su digno cargo, durante el periodo comprendido del 1º de marzo de 2022 al 28 de febrero del 2023.

Por lo que agradeceré a usted, las facilidades que sirva otorgar al interesado (a) en el desempeño de sus actividades.

Atentamente

  
**Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz**  
Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

sido aceptado (a)

**ES VÁLIDA:  
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

**NO ES VÁLIDA:  
-CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**





# 6. Constancia de aceptación SESVER

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARIA DE SALUD** FOLIO No. 2408  
SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD  
DIRECCION DE EDUCACION EN SALUD

ADSCRIPCION Y ACEPTACION DEL RESIDENTE PARA REALIZAR CURSOS DE ESPECIALIZACION O SUBESPECIALIZACION

**I IDENTIFICACION DEL RESIDENTE**

FOLIO DE CONSTANCIA DE SELECCIONADO EN EL EXAMEN NACIONAL: 7217  
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE(S): \_\_\_\_\_ AÑO EN QUE PRESENTÓ EL EXAMEN NACIONAL: 2022

DOMICILIO HABITUAL: No Disponible  
CURP: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
RFC: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO NACIONALIDAD: MEXICANA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA: OTRA

**II IDENTIFICACION DE LA PLAZA**

DE CONFORMIDAD CON LAS OPCIONES QUE USTED SEÑALÓ EN SU SOLICITUD DE CAMPO CLÍNICO PARA RESIDENCIA MÉDICA EN ESTA DEPENDENCIA, SE LE HA ASIGNADO UNO CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL CATEGORIA PRESUPUESTAL: M04001 (610)  
UNIDAD RECEPTORA: HOSPITAL REGIONAL, DE XALAPA DR. LUIS F. NACHON AÑO ACADEMICO: R1  
CIUDAD: JALAPA TITULO: SI  
ESTADO: VERACRUZ No. CÉDULA PROFESIONAL: 11824986  
FECHA DE INICIO: 1 DE MARZO DE 2023  
UNIV. DE RESIDENCIA: No disponible

**III ADSCRIPCION Y ACEPTACION**

EL RESIDENTE SE COMPROMETE A EFECTUAR SU ESPECIALIDAD EN EL LUGAR DESIGNADO DURANTE EL TIEMPO ESTIPULADO Y A CUMPLIR LOS PRECEPTOS QUE ESTABLECE LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.

Garantía de Salud de Veracruz, para cualquier información relacionada con la selección, adscripción, asignación, contratación y funcionamiento de las Residencias Médicas, contactar al personal de la Dirección General de la Salud y el Bienestar Social que operan en el Centro de Atención al Residente, con domicilio en el Edificio de la Coordinación de Especialidades Médicas, calle 10 de mayo 100, Veracruz, Veracruz, C.P. 76000, México, teléfono 01 (228) 210 1000, correo electrónico: gsa@salud.gob.mx

ADSCRIPCION Y ACEPTACION DEL RESIDENTE PARA CURSOS DE ESPECIALIZACION O SUBESPECIALIZACION

**ES VÁLIDA:  
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

**NO ES VÁLIDA:  
-CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**



# Ejemplo de documento no válido

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**IMSS**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DIVISIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS  
ÁREA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS DE POSGRADO

Ciudad de México, 04/01/2021

**CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**

**GUILLEN SALOMON EDITH**  
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional  
Lomas del Estadio s/n  
Col. Centro  
Jalapa, Ver.  
Código Postal 91000

CORREO ELECTRÓNICO

LADA	TELEFONO	EXTENSIÓN
228	8179703	
228	8185555	61143

Me es grato presentarle al candidato a residente en periodo de adiestramiento:  
[REDACTED]

quien ha sido pre-aceptado(a) para realizar el curso de especialización en:

**MEDICINA FAMILIAR**

Adscrito a:

**SEDE UMF 10 JALAPA VERACRUZ NORTE**  
**SUBSEDE UMF 10 JALAPA VERACRUZ NORTE**

y debe presentarse con usted, exclusivamente del 08 al 15 de enero del 2021 para que se le practiquen los exámenes físico-médico y psicométrico y de no existir impedimento de salud para realizar el curso de posgrado, será aceptado(a) en forma definitiva para el ciclo académico 2021-2022, este documento deberá ser canjeado por la carta de presentación dirigida a las autoridades de la sede de adscripción.

La persona profesionista mencionada participará en el curso propedéutico que debe desarrollarse en su sede de adscripción del 15 al 26 de febrero del 2021. Asimismo, percibirá una beca por parte de este Instituto y deberá acatar las normas nacionales e institucionales vigentes que lo rigen y sujetarse a los procedimientos necesarios para su ingreso y afiliación al IMSS, así como, verificar que cuente con las condiciones necesarias para que cumpla con su programa académico, operativo del curso de formación y su inscripción universitaria.

Atentamente

*[Signature]*  
Dra. Norma Claudia Necoechea Silva  
Jefe de Área

Acepto la plaza que me otorga el IMSS, tomo conocimiento de los derechos y obligaciones legales y contractuales inherentes a mi condición de becario o becado residente en periodo de adiestramiento en una especialidad y recibo original de la Carta de Pre-Aceptación.

Fecha: 06/ Enero / 2021

Nombre y Firma: *[Signature]*

Número de Cuenta de Posgrado:	[REDACTED]
Promoción:	2021
Vuelta del Concurso:	1
Tramitado en la Delegación IMSS No	30

\*TULA911128HVZRRL02\*

**CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**

**NO ES VÁLIDA:  
-CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**

**ES VÁLIDA:  
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

**No es necesario agregarla a los documentos.**



# Resumen del envío de documentación digital



Enviar los documentos al correo:

[emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx)



Agregar en asunto del correo la clave de su hospital ej.:

HGZ11  
HRNACHON



Si los documentos **están completos**, tendrá acceso al “REGISTRO EN LÍNEA”



Si los documentos **no están completos**, no tendrá acceso al “REGISTRO EN LÍNEA”

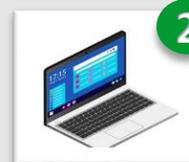
\*Enviar documentos antes del **9 de agosto de 2024** a [emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx) ordenados, legibles, a color y en un solo archivo PDF.

\*Renombrar archivo iniciando con apellido ej. “ LleraGonzálezDavidAarón ”.

\*Agregar en el asunto de correo las claves configuradas del hospital (Ver tabla asuntos para correo)

**No se aceptaran fotografías ni archivos escaneados con la app CamScanner. El archivo que no cumpla con las características indicadas, no se considerará para el registro.**





# REGISTRO EN LÍNEA



El registro en línea esta programado del 16 al 22 de agosto de 2024.



Recibirá un correo con el link y clave para su primer acceso, el día jueves 15 de agosto de 2024.

Ej. de clave:  
**EM112022**



Al ingresar a la plataforma, se generará su folio UV para su segundo acceso.

Ej. de folio:  
**264000038**

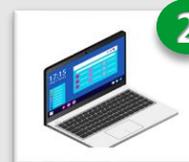


Concluirá su registro, si su fotografía es aceptada.



Podrá revisar el estatus de su fotografía en la plataforma.

**Es responsabilidad del aspirante validar que su correo este funcionando y en caso de no recibir la notificación (revisar "bandeja de no deseados" o "spam"), comunicarse por correo el día 16 de agosto de 2024, después de las 1 pm.**



# Plataforma de registro en línea



## Especialidades Médicas

Universidad Veracruzana



Si aún no tienes Folio UV

Regístrate

**Para el primer acceso dar clic en “Regístrate” y tener lista su clave alfanumérica.**

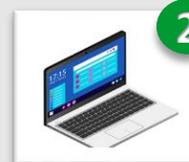
Folio UV:

Contraseña:

**Para segundo acceso utilizar “folio UV” y “contraseña” que se generarán durante el proceso de registro en línea.**

Entrar

¿Olvidaste tu Folio UV?



# Plataforma de registro en línea

## REGISTRO DE DATOS PERSONALES

Los campos marcados con \* son obligatorios

\*Nombre(s):

EDEL

Segundo Apellido:

ANO

Escriba su clave

Escriba su clave alfanumérica de especialidad:

**EM112021**

Ok Cancelar

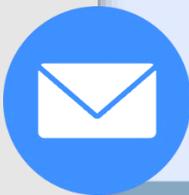
**Insertar su clave alfanumérica personal recibida por correo electrónico.**

Estimado (a). Dr. (a). **HERNANDEZ**  
**NEFROLOGIA – U.M.A.E. H.E. 14 CENTRO MEDICO NACIONAL ADOLFO RUIZ CORTINES**

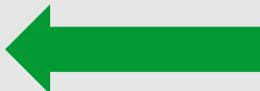
Por medio del presente le informo que el proceso de pre registro en línea UV **inicia a partir del día de hoy 31 de marzo al 10 de abril del presente año**, a continuación, le envío los pasos a seguir y su clave alfanumérica junto con la liga de acceso a la plataforma:

1. Iniciar dando clic en el botón **REGÍSTRATE**, le solicitara su CURP y después su **clave alfanumérica**. Al ingresar al sistema deberá llenar todos los datos personales, escolares y registrará una nueva contraseña, es importante, que antes de continuar verifique que todos sus datos sean correctos.
2. Se habilitará el botón de imprimir **folio UV**, es importante que lo guarde antes de continuar porque lo utilizará como **login** para volver a entrar a la plataforma junto con la contraseña que registro.  
Nota: La clave alfanumérica es una clave temporal y su **folio UV** será su nueva clave de acceso.
3. Para finalizar deberá subir en la plataforma una fotografía con las siguientes características:

- o A color, fondo blanco y ropa negra;
- o De la cara, de frente y sin lentes;
- o Cabeza, frente y orejas descubiertas;
- o Sin sombra y sin fecha;
- o Sin retocar y tomada recientemente
- o El archivo debe ser en formato JPG Tamaño: Ancho 480 pixeles y 640 pixeles de alto.



**Clave alfanumérica:** EM20231  
**Liga de acceso:** <http://espmed>



En caso de tener algún problema en la plataforma es importante nos envíe una captura de pantalla a este mismo correo.

**Si realiza correctamente su proceso de pre registro en línea y su fotografía es aceptada, se le notificará por este medio la fecha y pasos a seguir para su proceso de inscripción.**

MEXICANA

\*Estado de nacimiento:

VERACRUZ

\*CURP

LECE840319HTLGND01

Número de Celular

044 -

(o de un familiar, vecino o caseta)



# Plataforma de registro en línea

MASCULINO

AOAA72111!

Teléfono de tu casa

01 - 228 - 84

(o de un familiar, vecino o caseta)

Número de Celular

044 - 228154

(o de un familiar, vecino o caseta)

## DATOS DE CUENTA

Es muy importante que anotes y guardes los siguientes datos.

El Folio UV y contraseña te permitirán acceder al sistema de registro durante todo el proceso de ingreso UV.

\*Correo Electrónico

jaabac

\*Confirma Correo Electrónico

jaaba

\*Contraseña (Máximo 15 caracteres)

●●●●●●●●

\*Confirma contraseña (Máximo 15 caracteres)

●●●●●●●●

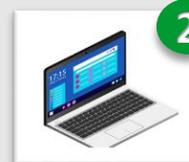
\*Pregunta Secreta

**Configuración de contraseña para acceder por segunda vez a la plataforma.**

\*ELIGE TU PROGRAMA EDUCATIVO

Seleccionaste:

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA



# Plataforma de registro en línea



Especialidades  
**Médicas**

Universidad Veracruzana



## PROCESO DE REGISTRO

Salir

**Folio UV: 264000038**

JOSE ABEL ACOSTA ALARCON

Es importante que anotes y recuerdes este folio que es nec

Fecha de Nacimiento: 19 de noviembre de 197

jaabacosta@gmail.com

NACIONALIDAD: MEXICANA

**Obligatorio tomar captura o "imprimir folio UV" para acceder por segunda vez a la plataforma.**

**Si no guardan el "folio UV", no podrán acceder con su clave de primer acceso que les llego por correo.**

### Solicitud

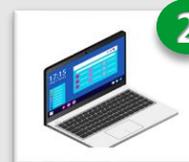
ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA



Imprimir FolioUV

Datos escolares y particulares

Subir mi foto



# Plataforma de registro en línea



## Especialidades Médicas

Universidad Veracruzana



Si aún no tienes Folio UV

Regístrate

Si salió y desea volver a ingresar, utilizar "folio UV" y "contraseña" que generó durante el proceso de registro en línea.

Folio UV:

Contraseña:

Entrar

¿Olvidaste tu Folio UV?

En caso de no haber guardado el folio, solicitarlo al mismo correo donde recibió su clave y liga de acceso. Agregar Nombre, hospital, especialidad y describir la situación. En asunto agregar "Solicitud de folio UV".

Estimado (a). Dr. (a). HERNANDEZ  
NEFROLOGÍA-U.M.A.E. H.E.-14 CENTRO MEDICO NACIONAL ADOLFO RUIZ CORTINES

Por medio del presente le informo que el proceso de pre registro en línea UV inicia a partir del día de hoy 31 de marzo al 10 de abril del presente año, a continuación, le envío los pasos a seguir y su clave alfanumérica junto con la liga de acceso a la plataforma:

1. Iniciar dando clic en el botón REGÍSTRATE, le solicitará su CURP y después su clave alfanumérica. Al ingresar al sistema deberá llenar todos los datos personales, escolares y registrará una nueva contraseña, es importante, que antes de continuar verifique que todos sus datos sean correctos.
2. Se habilitará el botón de imprimir folio UV, es importante que lo guarde antes de continuar porque lo utilizará como login para volver a entrar a la plataforma junto con la contraseña que registró.

Nota: La clave alfanumérica es una clave temporal y su folio UV será su nueva clave de acceso.

3. Para finalizar deberá subir en la plataforma una fotografía con las siguientes características:

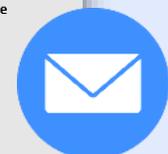
- o A color, fondo blanco y ropa negra;
- o De la cara, de frente y sin lentes;
- o Cabeza, frente y orejas descubiertas;
- o Sin sombra y sin fecha;
- o Sin retocar y tomada recientemente
- o El archivo debe ser en formato JPG Tamaño: Ancho 480 pixeles y 640 pixeles de alto.

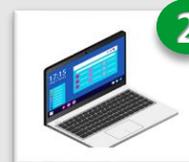


Clave alfanumérica: EM20231  
Liga de acceso: <http://espmmed>

En caso de tener algún problema en la plataforma es importante nos envíe una captura de pantalla a este mismo correo.

Si realiza correctamente su proceso de pre registro en línea y su fotografía es aceptada, se le notificará por este medio la fecha y pasos a seguir para su proceso de inscripción.





# Plataforma de registro en línea

## PROCESO DE REGISTRO

Salir

**Folio UV: 264000038**

**JOSE ABEL ACOSTA ALARCON**

Es importante que anotes y recuerdes este folio, ya que es necesario para continuar con tu proceso.

**Fecha de Nacimiento: 19 de noviembre de 1972**

**jaabacosta@gmail.com**

**NACIONALIDAD: MEXICANA**

**Después de guardar folio UV,  
continuar con el llenado de “Datos  
Escolares y Particulares”.**



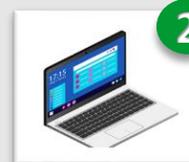
### Solicitud

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA

Imprimir FolioUV

Subir mi foto

**Datos Escolares y Particulares**



# Plataforma de registro en línea



## Especialidades Médicas



### PROCESO DE REGISTRO

Folio UV: 264000038

JOSE ABEL ACOSTA ALARCON

Es importante que anotes y recuerdes este folio, ya que es necesario para continuar con tu proceso.

Fecha de Nacimiento: 19 de noviembre de 1972

jaabacosta@gmail.com

NACIONALIDAD: MEXICANA

**Finalizar en "Subir mi Foto".**

### Solicitud

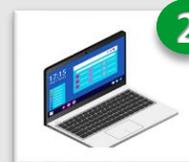
ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA



Imprimir FolioUV

Datos escolares y particulares

**Subir mi Foto**



# Características de la fotografía solicitada

Estimado (a). Dr. (a). **HERNANDEZ**  
**NEFROLOGIA – U.M.A.E. H.E. 14 CENTRO MEDICO NACIONAL ADOLFO RUIZ CORTINES**

Por medio del presente le informo que el proceso de pre registro en línea UV **inicia a partir del día de hoy 31 de marzo al 10 de abril del presente año**, a continuación, le envío los **pasos a seguir** y su **clave alfanumérica** junto con la **liga de acceso** a la plataforma:



1. Iniciar dando clic en el botón **REGÍSTRATE**, le solicitara su CURP y después su **clave alfanumérica**. Al ingresar al sistema deberá llenar todos los datos personales, escolares y registrará una nueva contraseña, es importante, que antes de continuar verifique que todos sus datos sean correctos.
2. Se habilitará el botón de imprimir **folio UV**, es importante que lo guarde antes de continuar porque lo utilizará como **login** para volver a entrar a la plataforma junto con la contraseña que registro.

Nota: La **clave alfanumérica** es una clave temporal y su **folio UV** será su nueva clave de acceso.

3. Para finalizar deberá subir en la plataforma una fotografía con las siguientes características:

- o *A color, fondo blanco y ropa negra;*
- o *De la cara, de frente y sin lentes;*
- o *Cabeza, frente y orejas descubiertas;*
- o *Sin sombra y sin fecha;*
- o *Sin retocar y tomada recientemente*
- o *El archivo debe ser en formato JPG Tamaño: Ancho 480 píxeles y 640 píxeles de alto.*



📌 **Clave alfanumérica:** EM20231  
📌 **Liga de acceso:** <http://espmcd>

En caso de tener algún problema en la plataforma es importante nos envíe una captura de pantalla a este mismo correo.

**Si realiza correctamente su proceso de pre registro en línea y su fotografía es aceptada,** se les notificará por este medio la fecha y pasos a seguir para su proceso de inscripción.

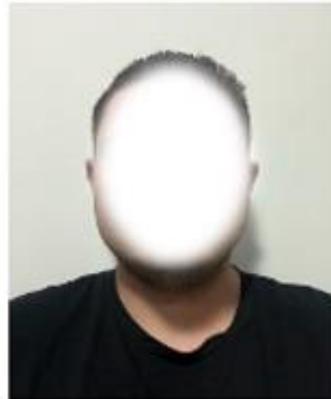
# Características de la fotografía solicitada



- ✓ A color, fondo blanco y ropa negra.
- ✓ Frente, cabeza y orejas descubiertas.
- ✓ Sin sombras, sin fecha ni textos.
- ✓ Sin retoque y tomada recientemente.
- ✓ Formato .jpg de 480x640 píxeles de alto.



## ERRORES MÁS COMUNES





# PAGO E INSCRIPCIÓN EN FACULTAD DE MEDICINA



A partir del 3 de septiembre de 2024 le notificaremos su día y hora de asistencia a la facultad de medicina.



La notificación será por correo y través de su jefe de enseñanza.  
En la facultad de medicina le solicitarán copia (originales para cotejo) de su documentación digital que previamente nos envió.



En la facultad de medicina recibirá su ficha de pago de inscripción.  
Se le solicitará regresar para entregar copia de su comprobante de pago.



Finalmente realizará su inscripción oficial como alumno(a) UV y le entregarán su acta de inscripción.

**Es responsabilidad del aspirante validar que su correo este funcionando y en caso de no recibir la notificación (revisar “bandeja de no deseados” o “spam”), comunicarse el día 4 de septiembre de 2024 en el horario de atención.**



# Ejemplo de ficha de pago



Secretaría de Administración y Finanzas  
PAGO DE INSCRIPCIÓN



PERÍODO ESCOLAR  
MARZO 2021 FEBRERO 2022

---

**NOMBRE:**  
ALEJANDRA IS

**MATRICULA:**  
S18027771

**M FAMILIAR:**  
VERACRUZ

**ESCOLARIZADO:**

---

**LÍNEA DE CAPTURA:**  
0022 1000 5871 3073 8254

**TOTAL A PAGAR:** \$

**CONCEPTOS A PAGAR:**

INSCRIPCIÓN: \$

RESELLO: \$

CUOTA DE RECUPERACIÓN: \$

**IMPORTANTE**

Es necesario que verifiques que en la ficha de depósito esté el nombre UNIVERSIDAD VERACRUZANA o MI PAGO UV y no algún otro, por ejemplo: PAGO DE IMPTOS DIV VERACRUZ

ÚLTIMO DÍA DE PAGO: 05 DE ABRIL DE 2021 NO SE RECIBIRÁ NINGÚN PAGO POSTERIOR A LAS 19:30 HRS. (HORA DEL CENTRO DE MÉXICO)

**Pago en línea** *Más seguro, rápido, cómodo y eficiente.*

Pregunta en tu entidad académica por el servicio de apoyo para pagar en línea.

Pago en línea con cargo a tu cuenta de banco		Pago en línea con cargo a tu tarjeta de crédito	

\*Para esta opción debes tener acceso a banca electrónica.

- Accede a <https://www.uv.mx/mipago>
- Introduce tu matrícula y tu línea de captura.
- Selecciona las opciones para pago en línea.
- Imprime tu comprobante de Pago.
- Regresa a la Facultad/Coordinación para concluir tu inscripción (nuevo ingreso).

**Pago en ventanilla**

- Acude al banco de tu preferencia

INSTITUCIONES AUTORIZADAS	
citibanamex	PA:428601
BBVA	1295675
Santander	5724
HSBC	532
Telecomm*	532
Scotiabank	4040

- Entrega este formato de pago en ventanilla.
- Corroborar que los datos del comprobante de pago sean los mismos de este formato.

**Desde cualquier otro banco via SPEI hacia HSBC:**  
CLABE: 021189550300005329  
Concepto de pago: el número de la Línea de Captura de este formato.

\*El pago efectuado en Telecomm (RAPHSCB), genera un cargo

ÚLTIMO DÍA DE PAGO: 05 DE ABRIL

**Importante, pagar antes de la fecha de vencimiento y verificar que su información este correcta.**



# Pago de inscripción marzo 2024 – febrero 2025

<b>ALUMNOS</b>	<b>PAGO PARA NUEVO INGRESO ( R1 )</b>
<b>NACIONALES</b>	<b>\$4,028.00</b>
<b>EXTRANJEROS</b>	<b>\$8,056.00</b>

**El pago de inscripción se realiza cada periodo, es decir de forma anual.**



# Resumen de inscripción (marzo 2024 – febrero 2025)

1



Entrega de documentación digital por correo electrónico **antes del 9 de agosto de 2024**

**Correo para envío de documentos: [emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx)**

2



Registro en línea **del 16 al 22 de agosto de 2024**

**El 15 de agosto, recibirá por correo su clave y liga de acceso**



3



Pago e inscripción en facultad de medicina a **partir del 3 de septiembre de 2024**

**El 3 de septiembre, recibirá por correo su día y hora para asistir**

**XALAPA, VERACRUZ, POZA RICA, CÓRDOBA Y ORIZABA**



**Universidad Veracruzana**

Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Especialidades Médicas

# Información de contacto

**Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm.**

## Coordinador de Especialidades Médicas

**Dr. Luis Sainz Vazquez**

**[lsainz@uv.mx](mailto:lsainz@uv.mx)**

**228 8 42 1700 ext. 16575**

## Escolaridad

### Veracruz:

**Lic. Norma Cecilia Lorenzo Abundio**

**[nlorenzo@uv.mx](mailto:nlorenzo@uv.mx)**

**2288421700 ext. 16571**

### Xalapa y Cd. Mendoza:

**Lic. David Aarón Llera González**

**[dllera@uv.mx](mailto:dllera@uv.mx)**

**2288421700 ext. 16574**

### Minatitlán y Poza Rica:

**Lic. Víctor Alberto Nolasco Macías**

**[vicnolasco@uv.mx](mailto:vicnolasco@uv.mx)**

**2288421700 ext. 16571**

**Correo para envío de documentos: [emposgrado@uv.mx](mailto:emposgrado@uv.mx)**



# Información de contacto de Enlaces Regionales

## XALAPA

**Facultad de Medicina**

Dra. Celina Gutiérrez García

[cegutierrez@uv.mx](mailto:cegutierrez@uv.mx)

## COATZACOALCOS - MINATITLÁN

**Facultad de Medicina**

Dr. Luis Alberto Herrera Vargas

[luiherrera@uv.mx](mailto:luiherrera@uv.mx)

## POZA RICA

**Facultad de Medicina**

Dr. Flavio Arturo López Miro Espinosa

[flopezmiro@uv.mx](mailto:flopezmiro@uv.mx)

## CIUDAD MENDOZA

**Facultad de Medicina**

Dra. Norma Victoria Álvarez

[norma82.nv@gmail.com](mailto:norma82.nv@gmail.com)

Dra. Gemma Lizeth Gutierrez Vazquez

[gegutierrez@uv.mx](mailto:gegutierrez@uv.mx)

## VERACRUZ

**Facultad de Medicina**

Dr. Luis Fernando Tenório Villalvazo

[ltenorio@uv.mx](mailto:ltenorio@uv.mx)

Dr. Rodolfo Ramón Rodríguez

[roramon@uv.mx](mailto:roramon@uv.mx)



**Universidad Veracruzana**

**Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud  
Coordinación de Especialidades Médicas**

**A continuación dejamos a tu  
disposición las diapositivas  
presentadas en el curso de  
inducción 2024**

**<https://www.uv.mx/espmed>**

