



Universidad Veracruzana

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

INSCRIPCIÓN

Periodo de marzo 2025 a Febrero 2026

BIENVENIDOS

Médicos Residentes

Xalapa, Veracruz, Poza Rica y Cd. Mendoza



Formulario de pre registro



<https://forms.office.com/r/DwY3WCKUX3>



Capturas del formulario de pre registro

1

**¡BIENVENIDOS!
MÉDICOS RESIDENTES DE NUEVO INGRESO 2025**

Periodo marzo 2025 a febrero 2026

Tel.: 2288421700 ext. 16574 - Correo: emposgrado@uv.mx
*Registrar la información en el formulario y verificar que sea correcta.
Aviso de privacidad: <http://www.uv.mx/transparencia/datospersonale>

Empezar ahora

2

**¡BIENVENIDOS!
MÉDICOS RESIDENTES DE NUEVO INGRESO 2025**

* Obligatorio

Periodo marzo 2025 a febrero 2026

*Favor de registrar la información en MAYÚSCULAS y validar que este correcta.

1. CURP (VERIFICAR QUE TENGA 18 DÍGITOS) *

Escriba su respuesta

2. PRIMER APELLIDO *

Escriba su respuesta

3. SEGUNDO APELLIDO

Escriba su respuesta

4. NOMBRE *

Escriba su respuesta

3

5. CORREO *

Escriba una dirección de correo electrónico

6. TELÉFONO (VERIFICAR QUE TENGA 10 DÍGITOS) *

Escriba su respuesta

7. TELÉFONO DE EMERGENCIA (VERIFICAR QUE TENGA 10 DÍGITOS)

Escriba su respuesta

8. SELECCIONAR LA ESPECIALIDAD A LA QUE FUE ACEPTADO (A) PARA CURSAR SU PRIMER AÑO *

Selecciona la respuesta

9. SELECCIONAR LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE FUE ACEPTADO (A) PARA CURSAR SU PRIMER AÑO *

Selecciona la respuesta

10. ¿ASISTISTE AL CURSO DE INDUCCIÓN DE

4

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta pa...



ETAPAS DE LA PRIMERA CONVOCATORIA

Periodo marzo 2025 a febrero 2026

1



Envío de documentación digital

2



Registro en línea

3

Inscripción en la Facultad de Medicina



Documentación digital en un archivo PDF

- Enviar antes del **3 de marzo de 2025** a 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 la clave de la Unidad Médica**, de acuerdo a la tabla "Código para el asunto" (pagina 6 y 7).

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 2024.
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.





Documentación digital en un archivo PDF

- Enviar antes del **3 de marzo de 2025** a 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 la clave de la Unidad Médica**, de acuerdo a la tabla "Código para el asunto" (pagina 6 y 7).

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 2024.
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*).





Códigos para el asunto del correo (Cd. Mendoza, Minatitlán y Poza Rica)

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.

Facultad de Medicina	<u>Unidad Médica (periodo marzo 2025 a febrero 2026)</u>	CÓDIGO PARA EL ASUNTO DEL CORREO
Cd. Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 64 Córdoba	UMF64M
Cd. Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 61 Córdoba	UMF61M
Cd. Mendoza	Unidad de Medicina Familiar No. 1 Orizaba	UMF1M
Cd. Mendoza	Hospital Regional de Río Blanco	HRRB
Cd. Mendoza	Hospital General Zona No. 8 Córdoba	HGZ8
Cd. 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



Códigos para el asunto del correo (Veracruz y Xalapa)

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.

Facultad de Medicina	<u>Unidad Médica (periodo marzo 2025 a febrero 2026)</u>	CÓDIGO PARA EL ASUNTO DEL CORREO
Veracruz	Unidad de Medicina Familiar No. 61 Veracruz	UMF61V
Veracruz	Unidad de Medicina Familiar No. 57 Veracruz	UMF57V
Veracruz	UMAE Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines	UMAE14
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	HAEV
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



Requisitos para especialidades de entrada indirecta

Sub-Especialidad	Años / Requisito	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.




¿Que puedo hacer si me faltan documentos?

Documentos pendientes	¿Qué puedo entregar?		
	Carta compromiso	Constancia de trámite	Acta de examen de grado
<i>Entrada directa</i>			
Certificado legalizado de Licenciatura	✓	✓	
Título profesional de Licenciatura	✓	✓	✓
Cédula profesional de Licenciatura (solo recién egresados)	✓		
<i>Entrada indirecta</i>			
Certificado parcial o completo de especialidad anterior	✓	✓	



Ejemplo de Carta compromiso


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__

Se descarga en nuestra pagina oficial.

con fecha límite de 3 meses

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 implica la pérdida de los derechos obtenidos en ese proceso de ingreso y su aplicación no restringe la participación del alumno en procesos de ingreso posteriores.

Estatuto de alumnos UV 2008.





1. Hoja de datos generales

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

DATOS GENERALES
(MARZO 2025 - FEBRERO 2026)

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 telefónico 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.		

Podrás descargarla en nuestra pagina oficial (llenar a computadora)





2. Ejemplo del 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	ASIGNATURA	CREDITOS	PERIODO
01	012 0029	04 LA TEOR. CEL. PTO. VISTA HIST. SU RELL.	04	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	03	2014-0
07	012 1125	11 INTRODUCCION A LA SALUD MENTAL	03	2014-0
08	012 1126	07 SALUD PUBLICA Y COMUNIDAD	03	2014-0
09	012 1127	03 INFORMATICA BIOMEDICA I	03	2014-0
10	012 0036	00 INGLES REQUISITO DE TITULACION	AC	2015-0
11	012 0795	04 MEXICO NACIÓN 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	02	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	03	2015-0
17	012 1229	07 INMUNOLOGIA	08	2015-0
18	012 1230	03 INFORMATICA BIOMEDICA II	03	2015-0
19	012 1231	07 MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	08	2015-0
20	012 1323	08 EPIDEMIOLOGIA 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.	09	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

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

CERTIFICA QUE:

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

NO SON VÁLIDOS:
-CARDEX
-CONSTANCIAS
-HISTORIALES ACADÉMICOS



6. Ejemplo de constancia de aceptación del **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, Ver., a 16 de febrero del 2024

Dr. Omar Pérez Hernández
Director Médico
Unidad de Medicina Familiar No. 10
Xalapa, Ver.

At'n: Dra. Elizabeth Hernández Portilla
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

Me es grato presentar al Dr. BAi

AC

Quien iniciará el curso de especialización en: **MEDICINA FAMILIAR**

En la unidad médica a su cargo, durante el ciclo académico del 1º de marzo del 2024
al 28 de febrero del 2025

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

Atentamente

Dra. Edith Guillén Salomón

**ES VÁLIDA:
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

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



6. Ejemplo de constancia del IMSS no válida

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

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

CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN

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 de evaluación establecidos cuando se le requiera. Solicito atentamente que realice los trámites administrativos 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

[Firma]
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: *[Firma]*

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

TULA911128HVZRRLO2

http://educacionensalud.imss.gob.mx

CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN

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

**ES VÁLIDA:
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**



6. Ejemplo de constancia de aceptación de **SESVER**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

FOLIO No. 2408

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

ADSCRIPCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RESIDENTE PARA REALIZAR CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN O SUBESPECIALIZACIÓN

I IDENTIFICACION DEL RESIDENTE

FOLIO DE CONSTANCIA DE SELECCIONADO EN EL EXAMEN NACIONAL: 7217

_____ 2021 _____
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE(S) AÑO EN QUE PRESENTÓ EL EXAMEN NACIONAL

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 ADSCRIPCIÓN Y ACEPTACIÓN

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 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.

Se declara de fe pública que el presente documento es una copia fiel del original que se encuentra en el expediente de la residencia médica que se le asignó al residente en el Hospital Regional de Jalapa, Veracruz, el día 1 de marzo de 2023, y que el mismo fue firmado por el responsable de la Unidad Receptora y el residente en el momento de la asignación de la plaza.

[Firma]

**ES VÁLIDA:
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

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



6. Ejemplo de constancia de aceptación de **PEMEX**

 **GOBIERNO DE MÉXICO** |  **PEMEX**
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

PETRÓLEOS MEXICANOS
CARTA DE ACEPTACIÓN

Estimado (a) Xocl

Tengo el agrado de informarle que ha sido usted **ACEPTADO (A)** para ingresar al Curso de Especialidad de Entrada Directa, en:

Cirugía General
Con sede en el:
Hospital Regional Minanitlán

Que iniciará el próximo **1º de marzo de 2024**. Debe completar sus trámites administrativos en el área de Desarrollo Humano de la Unidad Médica asignada.

A partir de este momento, usted forma parte de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, confío en que entregará lo mejor de sí para beneficio de la empresa y sus derechohabientes.

¡En horabuena por este logro!
#SoyMedicoResidentePemex

Pronto nos encontraremos en alguna de nuestras instalaciones.

Le deseo lo mejor en esta nueva etapa.

ATENTAMENTE



DR. RODOLFO LEHMANN MENDOZA
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD

ES VÁLIDA:
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

NO ES VÁLIDA:
-CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN



6. Ejemplo de constancia de aceptación del **ISSSTE**

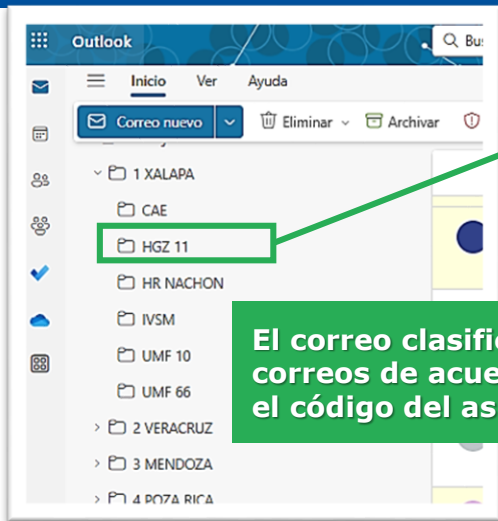


**ES VÁLIDA:
-CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

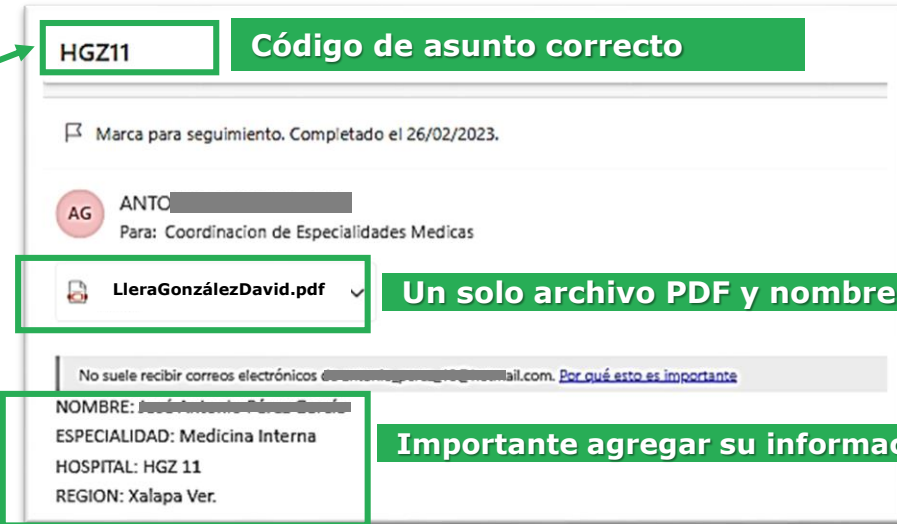
**NO ES VÁLIDA:
-CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**



Ejemplo para el envío de información



El correo clasifica los correos de acuerdo a el código del asunto

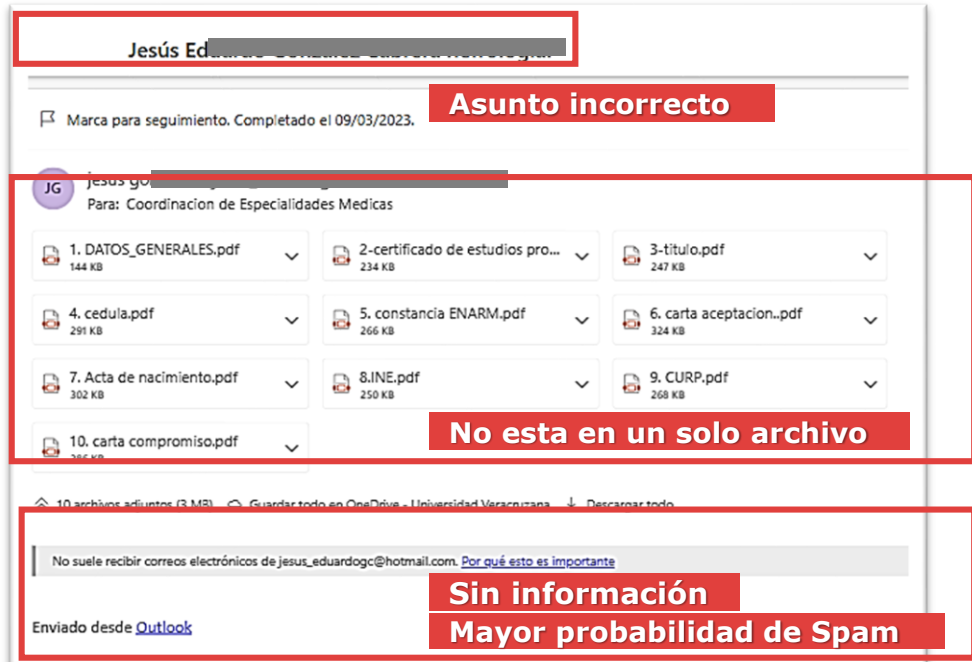


HGZ11 Código de asunto correcto

Un solo archivo PDF y nombre correctamente

Importante agregar su información en cada solicitud

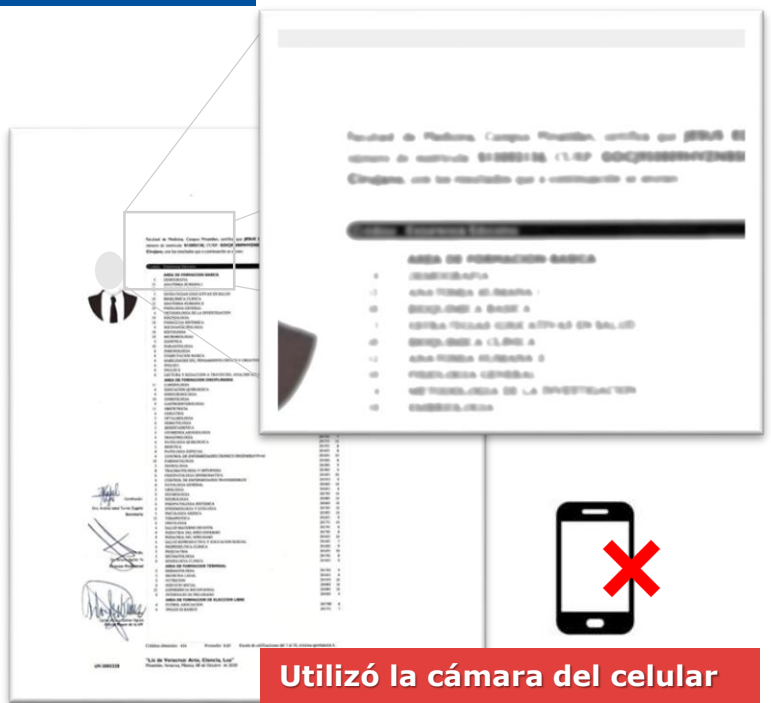
Errores más comunes



Asunto incorrecto

No esta en un solo archivo

Sin información
Mayor probabilidad de Spam



Utilizó la cámara del celular



Resumen del envío de documentación digital

Enviar los documentos al correo:

emposgrado@uv.mx



Agregar en asunto del correo el código de su Unidad Médica ejemplo:

[HGZ36C](#)

[HGZ32](#)



Si los documentos **están completos**, podrás acceder a la etapa dos: "REGISTRO EN LÍNEA"

- Enviar antes del **3 de marzo de 2025** a emposgrado@uv.mx ordenados, legibles, a color y **en un solo archivo PDF**.
- Renombrar archivo iniciando con apellido ej. " LleraGonzálezDavid".
- **Agregar en el asunto de correo el código de la Unidad Médica**, de acuerdo a la tabla "Códigos para el asunto" (pagina 6 y 7).

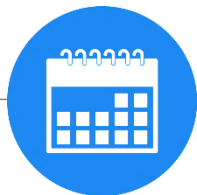




REGISTRO EN LÍNEA



Recibirá un correo con el link y **"Clave Personalizada"** que tendrá su información precargada, el día 20 de marzo de 2025.



El registro en línea es del 21 al 28 de marzo de 2025.



Durante su registro en la plataforma, se generará su **"Folio UV"** que será su **usuario** para su acceso en la plataforma en línea.

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 21 de marzo de 2025, después de las 1 pm.



1. Primer acceso en "Regístrate"



Especialidades Médicas

Universidad Veracruzana



Si aún no tienes Folio UV

Regístrate

Folio UV:

Contraseña:

Entrar

¿Olvidaste tu Folio UV?

De clic en "Regístrate"
para su **primer acceso**.



2. Ingresar "CURP" para acceder por primera vez

PROCESO DE REGISTRO A ESPECIALIDADES MÉDICAS

ASPIRANTES NACIONALES

Escribe tu CURP (Si no la conoces búscala [aquí](#))

Iniciar Registro

Para el **primer acceso**
ingrese su "CURP".



3. Agregue la "Clave Personalizada"

REGISTRO DE DATOS PERSONALES

Los campos marcados con * son obligatorios

*Nombre(s): EDEL

*Fecha de nacimiento: 19 Mar 1984

*País de nacimiento: MEXICO

*Sexo: MASCULINO

Teléfono de tu casa: 01 - - (o de un familiar, vecino o caseta)

*CURP: LECE84

*Estado de nacimiento: VERACRUZ

*Municipio de nacimiento: XALAPA


segundo Apellido: ANO

Escriba su clave

Escriba su clave alfanumérica de especialidad:

EM112021

Ok Cancelar

Insertar la "Clave Personalizada" recibida por correo electrónico. 

DATOS DE CUENTA



4. Creación de contraseña

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 nuevamente a la plataforma.

*ELIGE TU PROGRAMA EDUCATIVO

Seleccionaste:

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA



5. Guardar "Folio UV" (usuario)

PROCESO DE REGISTRO

Salir

Folio UV: 264000038

JOSE AB

Es importante que anotes y recuerdes este folio, ya que es nec

Tomar captura o imprimir "Folio UV", ya que será su usuario para acceder nuevamente a la plataforma.

Fecha de Nacimiento: 19 de noviembre de 197

jaaba

NACIONALIDAD: MEXICANA

Si no guardan el "Folio UV" (usuario), no podrán acceder a la plataforma.

Solicitud

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA



Imprimir FolioUV

Datos escolares y particulares

Subir mi foto



6. Recuperar "Folio UV" (usuario)

Si aún no tienes Folio UV

Regístrate

Para ingresar nuevamente a la plataforma utilizar su "Folio UV" (usuario) y "contraseña" que generó durante su registro en línea.



Folio UV:

Contraseña:

Entrar



¿Olvidaste tu Folio UV?

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



7. Características de la fotografía



- ✓ **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.**



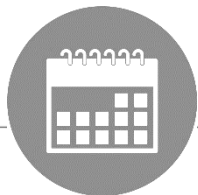
La fotografía se tomará para su **credencial de estudiante**

ERRORES MÁS COMUNES





PAGO E INSCRIPCIÓN EN FACULTAD DE MEDICINA



A partir del 18 de abril de 2025 se le notificará 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 envió.



En la Facultad de Medicina recibirá su formato de pago de inscripción. Se le solicitará regresar para entregar copia de su comprobante de pago.




Finalmente realizará su inscripción oficial a la Universidad Veracruzana 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 21 de abril de 2025 en el horario de atención.



Ejemplo del formato de pago



Secretaría de Administración y Finanzas
FORMATO DE PAGO



INSCRIPCIÓN NUEVO INGRESO ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD
MARZO 2024 - FEBRERO 2025

NOMBRE:
CHAIRES I

MATRÍCULA:
S2402

LÍNEA DE CAPTURA:
0022 5003 5024 4504 6246

¡IMPORTANTE!

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

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CIUDAD MENDOZA ESCOLARIZADO

¡DEBES PAGAR LA CANTIDAD EXACTA!

TOTAL A PAGAR \$

CONCEPTOS A PAGAR:

- Inscripción a Especialidades Médicas Nacional
- Expedición de Credencial Especialidad Médica
- Costa de Recuperación Especialidad Médica Nacional


ÚLTIMO DÍA DE PAGO: 05 DE ABRIL

ÚLTIMO DÍA DE PAGO: 10 FEBRERO 2025 NO SE RECIBIRÁ PAGO POSTERIOR A LAS 19:30 HRS.


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.

1. Accede a <https://www.uv.mx/mipago>
2. Introduce tu matrícula y tu línea de captura

Pago en ventanilla

1. Acude al banco de tu preferencia.

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

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

Desde cualquier otro banco vía SPEI hacia HSBC:
CLABE: 021180550300005329
Concepto de Pago: Los 20 dígitos de la línea de captura de este

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



Pago de inscripción periodo marzo 2025 a febrero 2026

ALUMNOS	PAGO PARA NUEVO INGRESO (R1)
NACIONALES	\$5,179.00
EXTRANJEROS	\$10,338.00

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



Resumen de las etapas de inscripción

1



Entrega de documentación digital por correo electrónico antes del 3 de marzo 2025

Correo para envío de documentos: emposgrado@uv.mx

2



Registro en línea del 21 al 28 de marzo de 2025



El 20 de marzo, recibirá por correo su clave personalizada y liga de acceso

3

Pago e inscripción en Facultad de Medicina a partir del 22 de abril de 2025

El 18 de abril, recibirá por correo su día y hora para asistir
Xalapa, Veracruz, Poza Rica y Cd. Mendoza



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

228 8 42 1700 ext. 16575

Escolaridad

2288421700 ext. 16574

Veracruz

**Lic. Norma Cecilia Lorenzo
Abundio**

nlorenzo@uv.mx

Xalapa y Cd. Mendoza

Lic. David Aarón Llera González

dllera@uv.mx

Poza Rica y Minatitlán

**Lic. Víctor Alberto Nolasco
Macías**

vicnolasco@uv.mx

Correo para revisión de documentos: emposgrado@uv.mx



Información de contacto de Coordinadores Regionales

XALAPA

Facultad de Medicina

Dra. Celina Gutiérrez García

cegutierrez@uv.mx

COATZACOALCOS - MINATITLÁN

Facultad de Medicina

Dr. Luis Alberto Herrera Vargas

luiherrera@uv.mx

POZA RICA

Facultad de Medicina

Dr. Flavio Arturo López Miro Espinosa

flopezmiro@uv.mx

CIUDAD MENDOZA

Facultad de Medicina

Dra. Norma Victoria Álvarez

norma82.nv@gmail.com

Dra. Beatriz Lara López

belara@uv.mx

VERACRUZ

Facultad de Medicina

Dr. Luis Fernando Tenório Villalvazo

ltenorio@uv.mx

Dr. Rodolfo Ramón Rodríguez

roramon@uv.mx



Universidad Veracruzana

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

Página oficial

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

