



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

LIC. DAVID AARÓN LLERA GONZÁLEZ



# 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 **13 de marzo 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 **13 de marzo 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 ANTC  
Para: Coordinación de Especialidades Médicas

Perdido.pdf  
421 KB

No suele recibir correos electrónicos de [email]. Por qué esto es importante

NOMBRE: José A.  
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** Asunto incorrecto.

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

AG [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 209 KB	6. carta aceptacion.pdf 324 KB
7. Acta de nacimiento.pdf 100 KB	8. SINE.pdf 251 KB	9. CURR.pdf 266 KB
10. carta compromiso.pdf 100 KB		

No esta en un solo archivo.

No suele recibir correos electrónicos de [email]. Por qué esto es importante

Enviado desde Outlook Mayor probabilidad de Spam

Resumen de Medicina. Limpio. Propiedad confirmada por [redacted] el [redacted] de [redacted] a las [redacted] y [redacted] [redacted]

Eligible, con los resultados que a continuación se describen.

ÁREA DE FORMACIÓN BÁSICA

- 1. [redacted]
- 2. [redacted]
- 3. [redacted]
- 4. [redacted]
- 5. [redacted]
- 6. [redacted]
- 7. [redacted]
- 8. [redacted]
- 9. [redacted]
- 10. [redacted]



# 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







# 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*

<b>Apellido Paterno</b> Haga clic aquí para escribir texto.	<b>Apellido Materno</b> Haga clic aquí para escribir texto.	<b>Nombre</b> Haga clic aquí para escribir texto.
<b>Fecha de Nacimiento (Día-Mes-año)</b> Haga clic aquí para escribir texto.		<b>Clave Única de Registro de Población (CURP)</b> Haga clic aquí para escribir texto.
<b>Correo Electrónico</b> Haga clic aquí para escribir texto.		<b>Número telefonico de contacto</b> Haga clic aquí para escribir texto.
<b>Contacto de Emergencia (Nombre, Parentesco y Teléfono)</b> Haga clic aquí para escribir texto.		
<b>Domicilio Actual (Calle-Colonia-Localidad-Mpio.)</b> Haga clic aquí para escribir texto.		<b>Domicilio de Origen (Calle-Colonia-Localidad-Mpio.)</b> Haga clic aquí para escribir texto.
<b>Especialidad Que Cursa</b> Haga clic aquí para escribir texto.		
<b>Hospital de Adscripción Sede y/o Subsede.</b> 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  
CON UN PROMEDIO DE 8.89 (OCHO PUNTO OCHENTA Y NUEVE)

INTEGRAMENTE

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

NO. DE ASIGNATURA	CURSO	CREDITOS	NOMBRE DE LA ASIGNATURA	CURSO CALIFICADO	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		MICROBIOLOGIA HUMANA	06	2014-0
06	012	1124		INTEGRACION BASICO CLINICA I	05	2014-0
07	012	1125		INTRODUCCION A LA SALUD MENTAL	04	2014-0
08	012	1126	07	SALUD PUBLICA Y COMUNIDAD	03	2014-0
09	012	1127	01	INFORMATICA BIOMEDICA I	02	2014-0
10	012	0936	00	INGLES REQUISITO DE TITULACION	AC	2015-0
11	012	0795	04	MEXICO NACION MULTICULTURAL	10	2015-0
12	012	1224	23	FARMACOLOGIA	09	2015-0
13	012	1225	23	FISILOGIA	08	2015-0
14	012	1226	04	INTEGRACION BASICO CLINICA II	07	2015-0
15	012	1227	16	INTRODUCCION A LA CIRUGIA II	06	2015-0
16	012	1228	00	PROMOCION DE LA SALUD EN EL CICLO DE VIDA	05	2015-0
17	012	1229	09	INMUNOLOGIA	04	2015-0
18	012	1230	11	INFORMATICA BIOMEDICA II	03	2015-0
19	012	1231	07	MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	02	2015-0
20	012	1323	08	EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y MED. BASADA EN EVIDENCIA	10	2016-0
21	012	1324	12	IMAGINOLOGIA	09	2016-0
22	012	1325	01	LABORATORIO CLINICO	08	2016-0
23	012	1326	03	MEDICINA PSICOLOGICA Y COMUNICACION	07	2016-0
24	012	1327	29	PROFESION MEDICA Y FISIOPATOLOGIA	06	2016-0
25	012	1328	09	ANATOMIA PATOLOGICA I	05	2016-0
26	012	1329	09	CARDIOLOGIA	04	2016-0
27	012	1330	07	NEFROLOGIA	03	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	09	2016-0
32	012	1335	01	HEMATOLOGIA	09	2016-0

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA GENERAL DE ADMINISTRACION ESCOLAR

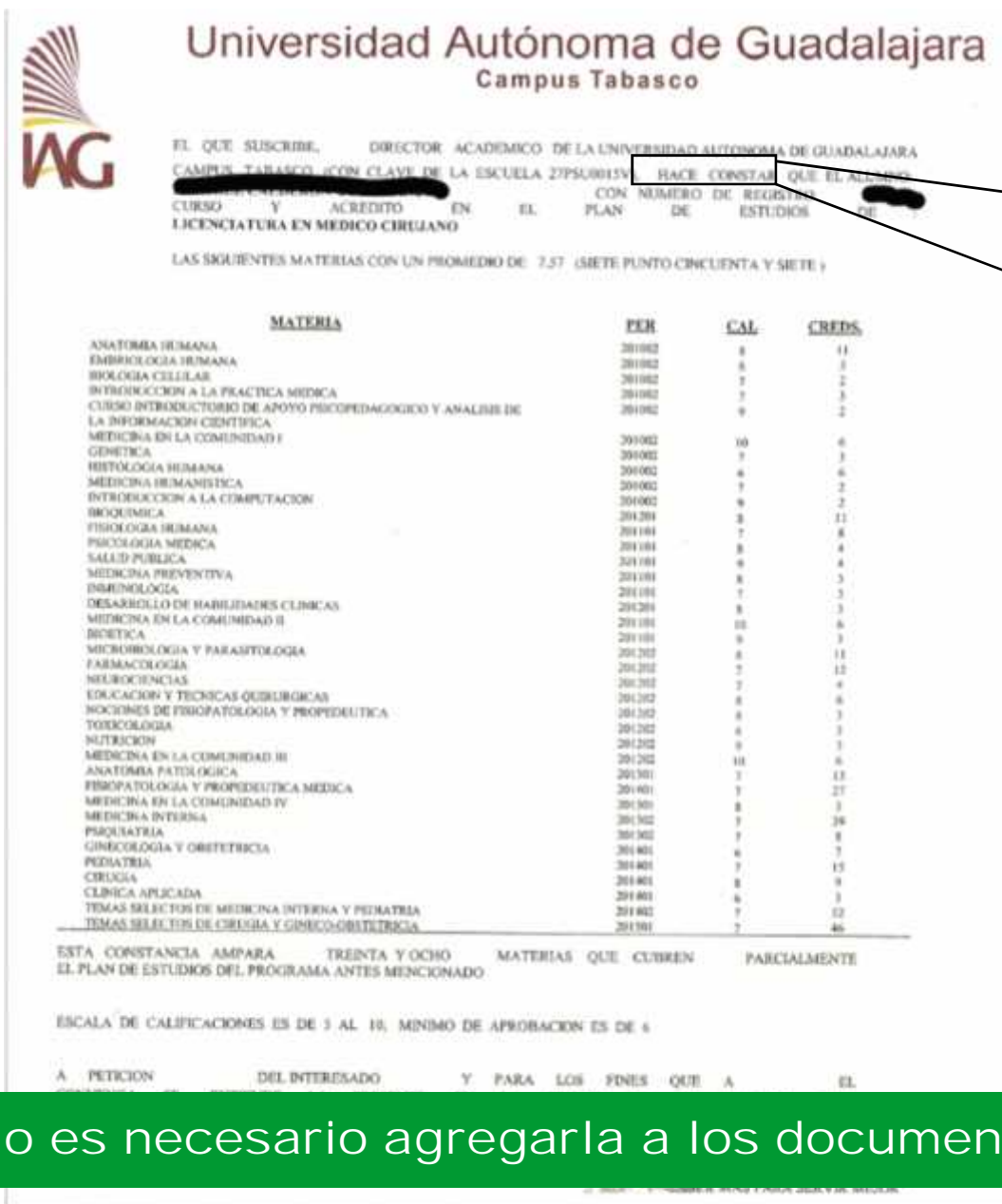
CERTIFICA QUE:

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

NO SON VÁLIDOS:  
-CARDEX  
-CONSTANCIAS  
-HISTORIALES ACADÉMICOS



# Ejemplo de documento no válido



HACE CONSTAR

ES VÁLIDO SI CONTIENE:  
- "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.

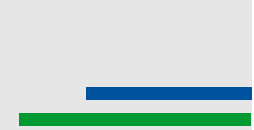
**Artículo 22.** El plazo improrrogable para la presentación de la documentación a que se refiere el artículo anterior será de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de clases de acuerdo con el calendario oficial. En caso de no hacerlo, el aspirante causará baja por cancelación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

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

FOLIO No. 2408

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

**I IDENTIFICACIÓN DEL RESIDENTE**

FOLIO DE CONSTANCIA DE SELECCIÓN EN EL EXAMEN NACIONAL: 7217

APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE(S): \_\_\_\_\_ AÑO EN QUE PRESENTÓ EL EXAMEN NACIONAL: 2022

DOMICILIO HABITUAL: No Disponible

CURP: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO NACIONALIDAD: MEXICANA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA: OTRA

**II IDENTIFICACIÓN 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: CIRUGÍA GENERAL CATEGORÍA PRESUPUESTAL: M04001 (610)

UNIDAD RECEPTORA: HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHON AÑO ACADÉMICO: R1

CIUDAD: JALAPA TÍTULO: SI

ESTADO: VERACRUZ No. CÉDULA PROFESIONAL: 11824895

FECHA DE INICIO: 1 DE MARZO DE 2025

UNIV. DE RESIDENCIA: No asignada

**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.

*(Firma y Sello)*

ADSCRIPCIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RESIDENTE PARA CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN O SUBESPECIALIZACIÓN

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

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

**CORREO ELECTRÓNICO**

LADA	TELÉFONO	EXTENSIÓN
228	8179703	
228	8185555	81143

**CARTA DE PRE-ACEPTACIÓN**

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 13 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(x) en forma definitiva para el ciclo académico 2021-2022, este documento deberá ser cargado por la carta de presentación dirigida a las autoridades de la sede de adscripción.

La persona profesionalista 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

*[Signature]*  
Dra. Norma Cecilia Rodríguez Silva  
Jefe de Área

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

Fecha: 04/01/2021

Nombre y Firma: *[Signature]*

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

**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 **13 de marzo 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 2 al 9 de abril de 2024.**



**Recibirá un correo con el link y clave para su primer acceso, el día lunes 1 de abril 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 2 de abril 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

Escriba su clave

Escriba su clave alfanumérica de especialidad:

EM112021

Ok

Cancelar

\*Segundo Apellido:

ANC

MEXICANA

\*Estado de nacimiento:

VERACRUZ

\*CURP:

LECEB40319HTLGNL01

Número de Celular

044 -

(o de un familiar vecino o casa:z)

Estimado (a). Dr. (a). HERNANDEZ

NEFROLOGIA - U.M.A.E. - ILE - 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:

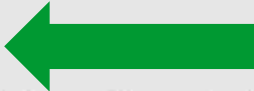
- o A color, fondo blanco y ropa negra;
- o De la cara, de frente y sin lentes;
- o Cabeza, frente y orejas descubiertas;
- o Sin sombra y sin fecha;
- o Sin retocar y tomada recientemente
- o El archivo debe ser en formato JPG Tamaño: Ancho 480 pixeles y 640 pixeles de alto.



Insertar su clave alfanumérica personal recibida por correo electrónico.

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.



# 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

The screenshot shows the registration process on the Universidad Veracruzana website. At the top, there is a navigation bar with the text "PROCESO DE REGISTRO" and a "Salir" button. Below this, the user's registration details are displayed, including the "Folio UV: 264000038" which is highlighted with a green box. The user's name is "JOSE ABEL ACOSTA ALARCON". Below the name, there is a note: "Es importante que anotes y recuerdes este folio que es necesario para acceder a la plataforma." Further down, the user's birth date is "19 de noviembre de 1977", email is "jaabacosta@gmail.com", and nationality is "MEXICANA". Under the "Solicitud" section, the specialty is "ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA". At the bottom, there are two buttons: "Imprimir FolioUV" (highlighted with a green box) and "Datos escolares y particulares". A green arrow points from the "Imprimir FolioUV" button to the "Folio UV" field, and another green arrow points from the "Folio UV" field to the "Imprimir FolioUV" button. A red box contains the text: "Si no guardan el 'folio UV', no podrán acceder con su clave de primer acceso que les llegó por correo." A green box contains the text: "Obligatorio tomar captura o 'imprimir folio UV' para acceder por segunda vez a la plataforma."

**PROCESO DE REGISTRO** Salir

**Folio UV: 264000038**

**JOSE ABEL ACOSTA ALARCON**

Es importante que anotes y recuerdes este folio que es necesario para acceder a la plataforma.

Fecha de Nacimiento: 19 de noviembre de 1977  
jaabacosta@gmail.com  
NACIONALIDAD: MEXICANA

**Solicitud**

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA

**Imprimir FolioUV**  Datos escolares y particulares

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 llegó por correo.



# 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) **ALFONSO MORALES**  
**NEFROLOGÍA - U.M.A.L.E. - EL CENTRO MEDICO NACIONAL ADOLFO RUIZ CORTEZ**

Por medio del presente le informo que el proceso de pre registro en línea UV inicia a partir del día de hoy 21 de marzo al 30 de abril del presente año, a continuación, le envío los pasos a seguir y su clave alfanumérica junto con el liga de acceso a la plataforma:

1. Iniciar dando clic en el botón REGISTRAR, 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 ingresar **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 mejas descubiertas;
  - o Sin sombra y sin flecha;
  - o Sin retocar / formada recientemente;
  - o El archivo debe ser en formato JPG Tamaño: Ancho 480 píxeles y 640 píxeles de alto.

Clave alfanumérica: **EM112021**  
Liga de acceso: <http://360mex.net>

En caso de tener algún problema en la plataforma es importante que 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**

### Solicitud

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA / ESCOLARIZADO / XALAPA

Imprimir FolioUV

Subir mi foto

Datos Escolares y Particulares

Después de guardar folio UV,  
continuar con el llenado de "Datos  
Escolares y Particulares".

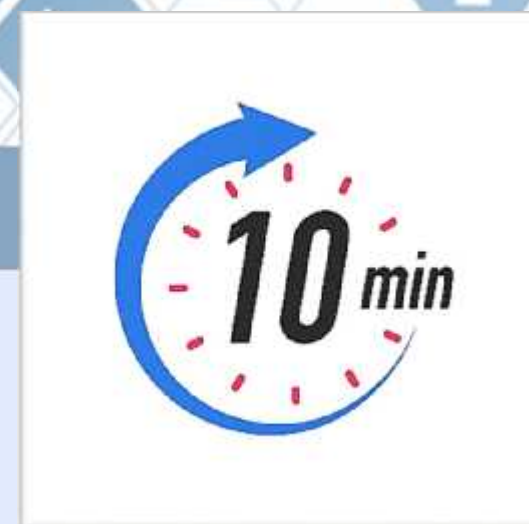




# Plataforma de registro en línea



## 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 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 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 29 de abril 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 30 de abril de 2024 en el horario de atención.**



# Ejemplo de ficha de pago



Secretaría de Administración y Finanzas  
PAGO DE INSCRIPCIÓN



PERIODO ESCOLAR  
MARZO 2021 FEBRERO 2022

---

**NOMBRE:**  
ALEJANDRA IS

**MATRICULA:**  
S180277

**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 este 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 MEXICO)

**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.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-426601
BBVA	1295675
Santander	5724
HSBC	532
Telecomm*	532
Scotiabank	4040

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

**Desde cualquier otro banco vía SPEI hacia HSBC:**  
CLABE 021180550100005329  
Concepto de pago: el número de la Línea de Captura de este formato.

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

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 13 de marzo 2024**

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

2



Registro en línea **del 2 al 9 de abril de 2024**

El 1 de abril, recibirá por correo su clave y liga de acceso



3



Pago e inscripción en facultad de medicina a **partir del 29 de abril de 2024**

El 29 de abril, 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

**Lic. David Aarón Llera González**

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

**2288421700 ext. 16574**

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>**

