



Manual para el sustentante **EXAMEN POR RECERTIFICACIÓN**

Fechas y modo de inscripción:

El proceso de examen para el EXAMEN RECERTIFICACIÓN se llevará a cabo de forma semestral en los meses de febrero y octubre de cada año, la convocatoria se publicará 90 días previos a la fecha de examen y la entrega de la solicitud de inscripción y los documentos requeridos se cerrará 40 días antes de la fecha del examen.

La documentación completa correspondiente, deberá estar en las oficinas del Consejo sin excepción 40 días antes de la fecha del examen, no se aceptarán inscripciones extemporáneas.

Documentos Requeridos:

La siguiente documentación, deberá ser enviada a las oficinas del Consejo.

- Curriculum de los últimos cinco años resumido (Relación y copia de las constancias).
- Constancias de los hospitales e instituciones donde se encuentre laborando, tanto del sector público, como privado.
- Copia de su última Certificación.
- Copia de su Cédula de Médico Cirujano.
- Copia de su Cédula de Especialista.
- Copia del título de Especialidad en Neurocirugía.
- En el caso de ser extranjero o mexicano con estudios en el extranjero, copia de revalidación de estudios de neurocirugía por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación (DGAI) de la Secretaría de Educación Pública (SEP).
- Copia del CURP.
- Copia del RFC.
- Dos cartas de recomendación de Neurocirujanos con Certificación Vigente.
- Formato de Solicitud de Certificación debidamente llenado (Adjunto a este documento).
- Carta de la Declaración de Principios firmada (Adjunta a este documento).
- Dos fotografías recientes con las siguientes especificaciones: De frente blanco y negro, sin retoque en papel mate, de 9 x 6 cm, ovaladas. (Damas vestimenta formal, Caballeros con saco y corbata), favor de enviarlas en un sobre pequeño blanco rotulado con su nombre completo que deberá adjuntarse a la documentación arriba solicitada.
- Comprobante de pago

Modalidad del examen.

El examen será **PRESENCIAL**

Sede del examen.

- Modalidad Escrita

Será el **CENTRO DE EVALUACIÓN AUTOMATIZADO TLATELOLCO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**, ubicado en la TORRE UNAM.

Ubicado en:

Av. Ricardo Flores Magón N° 1
Esquina con Eje Central Lázaro Cárdenas
Col. Nonoalco-Tlatelolco
Alcaldía. Cuauhtémoc
C.P 06990, CDMX.

- Modalidad Oral

Sede del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.
Miami N° 47
Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez
Cp. 03810, Ciudad de México.

La sede podrá cambiar de acuerdo con lo que determine la Junta de Gobierno y el Comité de Exámenes del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

Procedimientos y conductas esperadas.

- **Modalidad Escrita**

- 1.- Los sustentantes deberán presentarse media hora antes de la hora de inicio del examen en el sitio indicado en el citatorio que les será enviado vía correo electrónico a la dirección que dieron al momento de su inscripción.
- 2.- Los sustentantes deberán de identificarse mediante un documento oficial vigente (credencial INE o pasaporte) al momento del registro.
- 3.- El examen será INDIVIDUAL.
 - a) La clave de acceso al sistema para el Examen Escrito es única, personal e intransferible y la responsabilidad del adecuado manejo de esta, será de su titular, dicha clave de acceso se asignará y se entregará a cada sustentante al momento del registro el día del examen.
- 4.- Se deberá acceder al examen mediante la computadora asignada al momento del registro.

- 5.- El sustentante deberá ingresar al examen mediante la clave proporcionada una vez que se lo indiquen los coordinadores de este.
- 6.- Una vez iniciado el examen el sustentante tendrá el tiempo previamente establecido para cada una de las materias (Ver el punto correspondiente a Temas por evaluar en el Examen Primera Parte, número de preguntas y tiempo de evaluación), al momento de agotarse se cerrará automáticamente y podrá continuar únicamente con el siguiente segmento.
- 7.- Sólo en casos de fuerza mayor se podrá hacer cambios de equipo de cómputo durante el desarrollo del examen.
- 8.- Durante el examen el sustentante deberá guardar silencio y no comunicarse de manera verbal o no verbal con el resto de los sustentantes, en caso de tener algún problema técnico o duda deberá comunicárselo a los coordinadores de la evaluación.
- 9.- Durante el examen el sustentante tendrá sus artículos electrónicos (teléfono y/o tableta) apagados y colocados dentro de una bolsa transparente que le será entregada al momento de su registro, estos deberán estar totalmente a la vista de los coordinadores.
- 10.- El sustentante se deberá conducir en todo momento con orden y respeto hacia los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo y consejeros presentes.
- 11.- El sustentante deberá de leer con atención las instrucciones de este manual y seguir las de manera puntual para llevar a buen término este proceso.
- 12.- El código de vestir para presentarse al examen es formal de negocios tanto para mujeres (traje sastre, falda, pantalón de vestir, vestido) como para hombres (traje y corbata estricto)

- **Modalidad Oral**

- 1.- Los sustentantes deberán presentarse media hora antes de la hora de inicio del examen en el sitio indicado en el citatorio que les será enviado vía correo electrónico a la dirección que dieron al momento de su inscripción.
- 2.- Los sustentantes deberán de identificarse mediante un documento oficial vigente (credencial INE o pasaporte) al momento del registro.
- 3.- El sustentante presentará el examen ante los sinodales previamente seleccionados por el Consejo
- 4.- Durante el examen el sustentante tendrá sus artículos electrónicos (teléfono y/o tableta) apagados.

- 5.- El sustentante se deberá conducir en todo momento con orden y respeto hacia los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo, sinodales y consejeros presentes.
- 6.- El código de vestir para presentarse al examen es formal de negocios tanto para mujeres (traje sastre, falda, pantalón de vestir, vestido) como para hombres (traje y corbata estricto)

Temas por evaluar en el Examen de Recertificación, número de preguntas y tiempo de evaluación.

- **Modalidad Escrita**

- a). Neurología

- Tiempo de evaluación 60 min

- b). Neuroimagen

- Tiempo de evaluación 60 min

- c). Neurocirugía

- Tiempo de evaluación 90 min

- **Modalidad Oral**

- a). Neurocirugía modalidad oral (90 min)

Método y tipo de examen.

Examen Escrito

- El método será la Evaluación Asistida por Computadora
- El examen será de opción múltiple

Examen Oral

- Se realizará mediante seis módulos con un caso clínico en cada uno:

1.- Neurocirugía Vascular

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

2.- Neurocirugía Oncológica

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

3.- Neurocirugía de Trauma

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

4.- Neurocirugía de Columna

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

5.- Neurocirugía Pediátrica

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

6.- Neurocirugía Misceláneos (Funcional, Nervio Periférico, Epilepsia, Infeccioso y Parasitario)

Diez preguntas
Tiempo de evaluación 15 min

Puntaje de calificación y resultados

Examen Escrito

- 1.- La calificación del examen será con base en 100 (cien) puntos.
- 2.- Esta calificación se obtiene con base en promedio de las calificaciones de las materias presentadas bajo los siguientes porcentajes:
 - Neurología 33%
 - Neuroimagen 33%
 - Neurocirugía 34%

Examen Oral

- 1.- La calificación del examen será con base en 100 (cien) puntos.
- 2.- Esta calificación se obtiene con base en promedio de las calificaciones de las materias presentadas bajo los siguientes porcentajes:
 - Neurocirugía Vascular **16.66%**
 - Neurocirugía Oncológica **16.66%**
 - Neurocirugía de Trauma **16.66%**
 - Neurocirugía de Columna **16.66%**
 - Neurocirugía Pediátrica **16.66%**
 - Neurocirugía Misceláneos **16.66%**

Calificación Final

- 1.- La calificación final será dada por la suma del resultado del examen escrito (valor 50%) y examen oral (valor 50%), la calificación mínima aprobatoria es de 60 puntos y se emitirá como CERTIFICADO o NO CERTIFICADO de acuerdo con el resultado obtenido en la calificación numérica

Fecha de publicación de resultados.

Los resultados finales se informarán inicialmente de forma oral por vía telefónica al término del proceso de certificación y de forma escrita mediante correo electrónico en las dos semanas posteriores a la fecha en que finalice dicho procedimiento.

Consecuencias ante malas prácticas por parte del sustentante.

Las siguientes situaciones en que un sustentante incurra serán consideradas como una mala práctica serán motivo de anulación del examen:

- 1.- La usurpación de identidad.
- 2.- Contestar el examen apoyados por o en conjunto con otros sustentantes o personas ajenas al este.
- 3.- Que el sustentante sea identificado copiando o haciendo uso de otros equipos durante el desarrollo del examen.
- 4.- Que el sustentante presente una conducta inadecuada e irrespetuosa contra los demás sustentantes, personal de apoyo, personal administrativo y consejeros presentes.

Procedimiento para solicitar revisión del examen.

En caso de alguna inconformidad por parte del sustentante con el resultado de su examen deberá enviar una solicitud para la revisión de esta vía correo electrónico al Consejo y a través del mismo medio se le harán llegar sus calificaciones pormenorizadas por cada materia.

Transitorios.

Lo no previsto en este manual y las situaciones particulares serán resueltos por el Comité de Evaluación y la Junta de Gobierno del Consejo.

Costo del Examen.

El costo del **EXAMEN DE RECERTIFICACIÓN** es de **\$16,548.00** pesos mexicanos.

El pago se deberá realizar en la siguiente cuenta:

- Nombre: **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**
- Banco: **BANAMEX**
- Cuenta: **4877563**
- Sucursal: **575**
- Clabe: **002180057548775632**

En caso de requerir factura, favor de anexar su Constancia de Situación Fiscal actualizada junto con el comprobante de pago y la dirección de correo electrónico a la cual desea que se envíe.



Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

_____ a _____ de _____ 2025.

NOMBRE (S): _____

APELLIDO PATERNO: _____ **APELLIDO MATERNO:** _____

R.F.C. _____ **CURP:** _____ **EDAD:** _____

CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO: _____ **CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ **NACIONALIDAD:** _____

GÉNERO: **ENTIDAD:** _____ **MUNICIPIO:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____ **CELULAR:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DIRECCIÓN:

CALLE: _____ **Nº EXT:** _____ **Nº INT:** _____

DELEGACIÓN / MUNICIPIO: _____ **ESTADO:** _____

COLONIA: _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

Anote correctamente los datos de su domicilio, ya que toda correspondencia relacionada con su examen será enviada a la dirección electrónica que nos proporcione.

DIRECCIÓN DEL TRABAJO (HOSPITAL O CONSULTORIO):

HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO: _____

HOSPITAL DEL SERVICIO PRIVADO: _____

CALLE: _____ **Nº EXT:** _____ **Nº INT:** _____

COLONIA: _____ **DELEGACIÓN / MUNICIPIO:** _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **ESTADO:** _____ **TELÉFONO:** _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____

ESTUDIOS PROFESIONALES:

FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA: _____

FECHA DE GRADUACIÓN: _____ TÍTULO DE: _____

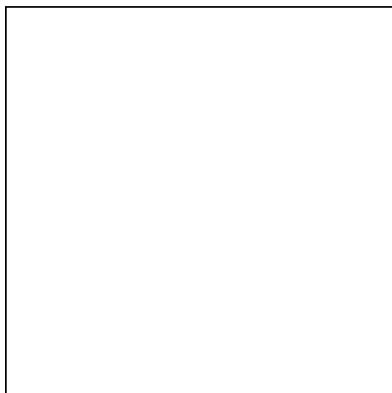
CÉDULA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES: _____

UNIVERSIDAD DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD: _____

INSTITUCIÓN DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA: _____

**ANOTE NOMBRE COMPLETO, CON ACENTOS, MAYUSCULAS Y MINUSCULAS,
YA QUE EN CASO DE CONCEDERSE EL CERTIFICADO APARECERÁ COMO LO INDIQUE**

El que suscribe solicita atentamente su certificación por el **CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA
NEUROLÓGICA, A.C.**, de acuerdo y sujeto a los Estatutos que rigen a dicha Asociación.



Nombre completo y firma del solicitante

AVISO DE PRIVACIDAD

CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA AC, con domicilio en calle MIAMI N° 47 1er. PISO, colonia NÁPOLES, ciudad MÉXICO, municipio o alcaldía BENITO JUÁREZ, c.p. 03810, en la entidad de CIUDAD DE MÉXICO, país MÉXICO, utilizarán sus datos personales recabados para: **CERTIFICACION y RECERTIFICACION**.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: www.cmcn.org.mx

Señor Doctor

Juan Luis Gómez Amador

PRESIDENTE DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA A.C.

PRESENTE

Estimado Doctor Gómez:

Por la presente solicito del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, se me conceda el presentar "**EXÁMEN POR RECERTIFICACIÓN**" del examen de Certificación de este Consejo, en vista de que cumpleo con los requisitos para sustentarlo.

En caso de aprobar este examen, al recibir el certificado estoy de acuerdo en someterme a los estatutos del **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, aceptaré la negativa del certificado por fracaso en el examen y me comprometo a devolver dicho certificado en caso de que las reglas que cubren dichos certificados sean violadas por mi o por cualquier razón de las señaladas en los estatutos.

Estoy de acuerdo en liberar al **Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, A.C.**, sus miembros, o examinadores, ejecutivos y agentes de cualquier demanda o queja por daño o por cualquier acción que ellos puedan tomar en conexión con esta solicitud, con el examen, y el grado o grados obtenidos en el mismo.

Nombre completo y firma de conformidad
