***Consejo Mexicano de***

***Endocrinología, A.C.***



Renovación de la Vigencia de la Certificación 2020

Nombre:

Número de Certificado: Período:

Endocrinología Endocrinología Pediátrica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RFC: | | | | | | CURP: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cédula profesional de médico general: | | | | | | Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cédula de la especialidad: | | | | | | Especialidad: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidad: | | | | | | Subespecialidad: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Universidad de egreso de la especialidad: | | | | | | Genero: | | M | | | | | | | | | F | | | | |
| Institución de residencia de la especialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **Datos Generales** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección Particular:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Calle y Numero(#int.) |  | | Colonia |  | | | Ciudad | | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | Delegación /Municipio | | |  | C.P. | | | Estado | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Teléfono (lada) |  | | Celular |  | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **Nombre de la Institución dónde labora:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección:** | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |
|  | | Calle y Numero(#int.) |  | | Colonia |  | | | Ciudad | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Delegación /Municipio | | |  | C.P. | | | Estado | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Teléfono (lada) |  | |  |  | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **Nombre del hospital privado dónde labora:** | | | | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **Dirección:** | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Calle y Numero(#int.) | | | Colonia |  | | | Ciudad | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Delegación /Municipio | | |  | C.P. | | | Estado | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | Teléfono (lada) |  | |  |  | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **Capítulo 1: Actividad Asistencial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N°** | **Cargo** | | | | | | **Puntos** | | | | | | | **Descripción** | | | | **Puntos Obtenidos** | | |
| **1** | **Práctica privada** | | | | | | 10/año | | | | | | |  | | | |  | | |
| **2** | **Practica Institucional Pública/Organizaciones privadas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medico adscrito o adjunto | | | | | | 15/año | | | | | | |  | | | |  | | |
| Jefaturas\* | | | | | | 20/año | | | | | | |  |  | | |  | | |
| Inter consultantes | | | | | | 5/año | | | | | | |  | | | |  | | |
| **3** | **Miembro de Comité Médico (máximo 2)** | | | | | | 5/año | | | | | | |  |  | | |  | | |
| **4** | **Actividad de Asistencia social reconocida** | | | | | | 5/año | | | | | | |  |  | | |  | | |
| \*Se considera en Jefaturas cualquier otro cargo directivo como son: Jefes de Divisiones, Subdirección, Direcciones o equivalentes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| NOTA: Solo se cuantifica un cargo durante el mismo periodo, con excepción de la participación en comités y asistencia social reconocida. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | |
| **Capítulo 2: Actividad Académica** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N°** | **Cargo** | | | | | | **Puntos** | | | | | | **Descripción** | | | | | **Puntos Obtenidos** | | |
| **1** | **Miembro activo u otra categoría de una sociedad de Endocrinología** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacional | | | | | | 5/año | | | | | |  | | | | |  | | |
| Extranjera | | | | | | 10/año | | | | | |  | | | | |  | | |
| **2** | **Miembro de Mesa Directiva de una sociedad de Endocrinología** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presidente | | | | | | 12/año | | | | |  | | | | | |  | | |
| Secretario o Tesorero | | | | | | 10/año | | | | |  | | | | | |  | | |
| Vocal o Coordinador de capitulo | | | | | | 5/año | | | | |  | | | | | |  | | |
| **3** | **Miembro de Academias** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso | | | | | | 15 pts | | | | |  | | | | | |  | | |
| Permanencia Anual | | | | | | 10/año | | | | |  | | | | | |  | | |
| **4** | **Actividades en el Consejo Mexicano de Endocrinología** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mesa Directiva | | | | | | 10/año | | | |  | | | | | | |  | | |
| Vocal | | | | | | 5/año | | | |  | | | | | | |  | | |
| Sinodal | | | | | | 2/año | | | |  | | | | | | |  | | |
| **5** | **Premios y reconocimientos en la Especialidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionales | | | | | | 5 pts | | |  | | | | | | | |  | | |
| Internacionales | | | | | | 10 pts | | |  | | | | | | | |  | | |
| **6** | **Presentación de Tesis Universitarias aprobadas para:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Maestría | | | | | | 10 pts | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | Doctorado | | | | | | 15 pts | | |  | | | | | | | |  | | |
| \*Permanencia en mesas directivas no mayor a 3 años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se puede cuantificar más de un cargo durante el mismo periodo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capítulo 3: Actividades de Educación Médica Continua** | | | | | | | | | | |
| **N°** | **Actividad** | **Puntos** | | | | | | | **Descripción** | **Puntos Obtenidos** |
| **1** | **Sesiones académicas mensuales** | | | | | | | | | |
| Hospitalarias | 1 pto | | | | | | |  |  |
| Estatales | 1 pto | | | | | | |  |  |
| **2** | **Cursos** | | | | | | | | | |
| Nacionales (6 hrs académicas) | 1 pto/hr | | | | | | |  |  |
| Internacionales (8 hrs académicas) | 1.5 pto/hr | | | | | | |  |  |
| Pre congreso (6 hrs académicas) | 1 pto/hr | | | | | | |  |  |
| **3** | **Taller (4 hrs académicas)** | 2 pto/hr | | | | | | |  |  |
| **4** | **Reunión o Encuentro Académico** | | | | | | | | | |
|  | Nacional (16 hrs académicas) | 1pto/hr | | | | | |  | |  |
|  | Internacional (20 hrs académicas) | 1.5pto/hr | | | | | |  | |  |
| **5** | **Congreso** | | | | | | | | | |
|  | Nacional | 45 pts | | | | | |  | |  |
|  | Internacional | 45 pts | | | | | |  | |  |
|  | Mundial | 45 pts | | | | | |  | |  |
| **6** | **Cursos en medios electrónico, lectura de artículos y exámenes en línea avalados por el Consejo** | 1 pto/hr | | | | | |  | |  |
| **7** | **Adiestramiento en Servicio** | | | | | | | | | |
|  | Menos de 6 meses | 75 pts | | | | |  | | |  |
|  | Mas de 6 meses | 100 pts | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Capítulo 4: Actividades como Docente** | | | | | | | | | | |
| **N°** | **Actividad** | **Puntos** | | | | **Descripción** | | | | **Puntos Obtenidos** |
| **1** | **Profesor de Pregrado (con reconocimiento universitario)** | | | | | | | | | |
|  | Titular | 5/año | | | |  | | | |  |
|  | Adjunto | 3/año | | | |  | | | |  |
|  | Asociado | 2/año | | | |  | | | |  |
| **2** | **Profesor de Especialidad** | | | | | | | | | |
|  | Titular | 10/año | | |  | | | | |  |
|  | Adjunto | 7/año | | |  | | | | |  |
|  | Asociado o Invitado | 5/año | | |  | | | | |  |
| **3** | **Profesor de Postgrado (1año continuo)** | | | | | | | | | |
|  | Curso de lata especialidad con reconocimiento Universitario | | | | | | | | | |
|  | Titular | 12/año | | |  | | | | |  |
|  | Adjunto o Asociado | 8/año | | |  | | | | |  |
| **4** | **Profesor en el Extranjero** | 1pto/hr | | |  | | | | |  |
| **5** | **Profesor de Maestría** | | | | | | | | | |
|  | Titular | 20/año | |  | | | | | |  |
| **6** | **Profesor Doctorado** | | | | | | | | | |
|  | Titular | 20/año | |  | | | | | |  |
| **7** | **Docente en Diplomado por 40 Horas con Reconocimiento Universitario** | | | | | | | | | |
|  | Titular | 5/año | |  | | | | | |  |
|  | Adjunto | 3/año | |  | | | | | |  |
| **8** | **Tutor de Tesis** | | | | | | | | | |
|  | Licenciatura | 10/tesis |  | | | | | | |  |
|  | Especialidad | 15/tesis |  | | | | | | |  |
|  | Subespecialidad o alta especialidad | 20/tesis |  | | | | | | |  |
|  | Maestría | 30/tesis |  | | | | | | |  |
|  | Doctorado | 35/tesis |  | | | | | | |  |
| **9** | **Sinodal de examen** | | | | | | | | | |
|  | Licenciatura Examen Profesional | 2/exa |  | | | | | | |  |
|  | Promoción de Grado en la Institución | 2/exa |  | | | | | | |  |
|  | Titulación | 2/exa |  | | | | | | |  |
|  | Maestría | 5/exa |  | | | | | | |  |
|  | Doctorado | 10/exa |  | | | | | | |  |
| **10** | **Ponente en Panel, Foro, Conferencia, Mesa Redonda** | | | | | | | | | |
|  | Nacional | 2pts/evento |  | | | | | | |  |
|  | Internacional | 4pts/evento |  | | | | | | |  |
| **11** | **Conferencia Magistral** | | | | | | | | | |
|  | Nacional | 3pts/evento | | |  | | | | |  |
|  | Internacional | 6pts/evento | | |  | | | | |  |
| **12** | **Coordinador de Panel, Foro, Conferencia, Mesa Redonda** | | | | | | | | | |
|  | Nacional | 1pto/evento | |  | | | | | |  |
|  | Internacional | 2pts/evento | |  | | | | | |  |
| **13** | **Actividades de la Especialidad** | | | | | | | | | |
|  | Revisor de trabajo libre profesor | 5pts |  | | | | | | |  |
|  | Titular de curso (organizador) | 5pts |  | | | | | | |  |
|  | Profesor Adjunto de Curso (organizador) | 3pts |  | | | | | | |  |
|  | Comité Académico de la Especialidad (UNAM y otras Universidades) | 5pts |  | | | | | | |  |
|  | Profesor Revisor en el PUEM | 5pts |  | | | | | | |  |
|  | Profesor Revisor del ECOE | 5pts |  | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capitulo 5° Actividades como Investigador** | | | | | | | | | |
| **N°** | **Actividad** | **Puntos** | | | | | | **Descripción** | **Puntos Obtenidos** |
| **1** | **Miembro del Sistema Nacional de Investigadores** | | | | | | | | |
|  | Ingreso | 15pts | | | | | |  |  |
|  | Candidato | 10/año | | | | | |  |  |
|  | Nivel I | 15/año | | | | | |  |  |
|  | Nivel II | 20/año | | | | | |  |  |
|  | Nivel III | 25/año | | | | | |  |  |
| **2** | **Miembro del Sistema Institucional de Investigadores** | | | | | | | | |
|  | A | 5/año | | | | | |  |  |
|  | B o C | 10/año | | | | | |  |  |
|  | D | 15/año | | | | | |  |  |
|  | E | 20/año | | | | | |  |  |
| **3** | **Trabajos libres presentados en congresos (publicados en revistas indizadas)** | | | | | | | | |
|  | Nacionales | | | | | | | | |
|  | 1er autor o correspondiente | 4pts | | | | |  | |  |
|  | Coautor | 2pts | | | | |  | |  |
|  | Internacionales | | | | | | | | |
|  | 1er autor o correspondiente | 6pts | | | |  | | |  |
|  | Coautor | 3pts | | | |  | | |  |
| **4** | **Publicación de trabajo de investigación en revistas no indizada (divulgación)** | 2pts | | | |  | | |  |
| **5** | **Publicación de trabajo de investigación en revistas nacionales indizada** | | | | | | | | |
|  | 1er autor o correspondiente o jefe de grupo | 15 pts | | | |  | | |  |
|  | Coautor | 10 pts | | | |  | | |  |
| **6** | **Publicación de trabajo de investigación en revistas internacionales indizada** | | | | | | | | |
|  | 1er autor o correspondiente o jefe de grupo | 15 pts | | |  | | | |  |
|  | Coautor | 10 pts | | |  | | | |  |
| **7** | **Publicación de capítulo de libro con ISBN** | | | | | | | | |
|  | Nacional | | | | | | | | |
|  | 1er autor | 10 pts | |  | | | | |  |
|  | Coautor | 5 pts | |  | | | | |  |
|  | Internacional | | | | | | | | |
|  | 1er autor | 20 pts | |  | | | | |  |
|  | Coautor | 10 pts | |  | | | | |  |
| **8** | **Publicación de libro nacional con ISBN** | | | | | | | | |
|  | Editor o autor | 40 pts | | |  | | | |  |
|  | Editor asociado | 30 pts | | |  | | | |  |
| **9** | **Publicación de libro internacional con ISBN** | | | | | | | | |
|  | Editor o autor | 60 pts | | |  | | | |  |
|  | Editor asociado | 40 pts | | |  | | | |  |
| **10** | **Revisor en revista indizada (por articulo revisado)** | | | | | | | | |
|  | Nacional | 5 pts |  | | | | | |  |
|  | Internacional | 10 pts |  | | | | | |  |
| **11** | **Miembro de Comité Editorial en Revista Indizada** | **10pts/año** |  | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Esta información es verídica** | |
| **Nombre:** | **Firma:** |
| **Fecha:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Revisor** | **Fecha** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Capitulo** | **Total, puntos** |
| Actividad asistencial |  |
| Actividad académica |  |
| Educación médica continua |  |
| Actividad docente |  |
| Investigación |  |
| **Puntaje mínimo requerido: 250 puntos** |  |

** CONSEJO MEXICANO DE ENDOCRINOLOGIA A.C.**

**AVISO DE PRIVACIDAD**

A efecto de dar cumplimiento a lo previsto por los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares hacemos de su conocimiento que el CONSEJO MEXICANO DE ENDOCRINOLOGIA, A.C., con domicilio en **OHIO NÚMERO 27, COLONIA EL ROSEDAL, DELEGACIÓN COYOACÁN, CÓDIGO POSTAL 04330, MÉXICO, CIUDAD DE MÈXICO**, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se dé a los mismos y de su protección.

***II.- LOS DATOS PERSONALES QUE SERAN SOMETIDOS A TRATAMIENTO.***

Nombre completo, edad, género, fecha y lugar de Nacimiento, nacionalidad, CURP, RFC, teléfono celular, correo electrónico, dirección y teléfono de la Institución en que labora, dirección y teléfono de su consultorio, institución educativa y/o de salud que otorgaron los títulos correspondientes, número de Cédula Profesional y de Especialidad, documentación académica, fecha y número de Certificación, fecha y número de vigencia de certificación y firma autógrafa.

La entrega de datos de carácter personal de los endocrinólogos es obligatoria para contactar con el CME y recibir la información sobre los exámenes, renovaciones de vigencias de certificación, notificación de endocrinólogos certificados.

Le informamos que los datos personales que fueron proporcionados en su solicitud de ingreso ante el CME serán incorporados en ficheros electrónicos de titularidad del CME, que ha instrumentado para tal efecto todas las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas para salvaguardar la información proporcionada.

**III. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES**

Para efectos de este aviso de privacidad, se consideran sensibles aquellos que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futura, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas, preferencias sexuales.

En el CME, nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus datos personales identificables y sensibles, por lo tanto, el CME, se obliga a hacer un uso correcto de sus datos personales de conformidad con las leyes, la buena fe, el orden público y el presente aviso.

La obtención, uso y almacenamiento de sus datos personales, será utilizada con la finalidad de:

**a). -** Atender la solicitud de admisión y calidad de certificado y la solicitud de renovación de vigencia de la certificación.

**b). -** Hacer de su conocimiento y convocar a exámenes de certificación, fungir como sinodales, participar en actos académicos propios del CME o participar como integrantes del CME.

**c). -** Dar cumplimiento a las obligaciones regulatorias emitidas por parte de las autoridades competentes

El CME, se obliga a guardar la confidencialidad de los datos personales del Titular, y dicha obligación, subsistirá aún después de finalizar su relación con el Titular. No obstante, el CME, podrá revelar sus datos personales a efecto de atender requerimientos de autoridades judiciales y administrativas, que los soliciten.

**III. LIMITACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES**

Para limitar el uso de sus datos personales, favor de enviar un correo electrónico a [contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx](mailto:contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx) o notificación por escrito a al domicilio arriba señalado.

**IV. MEDIOS PARA EJERCER DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)**

Para tener acceder, rectificar, cancelar u oponerse al uso de sus datos personales favor de enviar un correo electrónico a [contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx](mailto:contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx) o notificación por escrito a al domicilio arriba señalado.

**V. MEDIOS PARA REVOCAR CONSENTIMIENTO**

En cualquier momento puede solicitar la revocación del consentimiento otorgado para tratar sus datos personales enviando un correo electrónico a [contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx](mailto:contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx) o notificación por escrito al domicilio arriba señalado en la que se detalle claramente los datos respecto de los que revoca su consentimiento.

**VI. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD**

Cualquier cambio en el aviso de privacidad será notificado por el [contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx](mailto:contacto@consejomexicanodeendocrinologia.org.mx)

***Declaro bajo protesta de decir verdad que he leído en su totalidad este Aviso de Privacidad y entiendo plenamente su alcance y contenido. Por medio del presente otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales, incluso los datos sensibles, de acuerdo a este aviso de privacidad.***

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_