



# Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal

## Aviso

El Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal, por medio de la presente, aprovechamos la oportunidad de saludarle e invitarle a re-certificarse. Si su certificación vence en el 2026, la suma para su re-certificación será la suma de 350 puntos con una vigencia de 5 años. En cambio, si venció en 2023, 2024 o 2025 o antes, debe considerar 70 puntos más por cada año atrasado.

## Convocatoria

### Proceso de Re-certificación de Especialistas 2026.

El Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal, convoca a todos los especialistas interesados en participar en el **PROCESO DE RE-CERTIFICACIÓN 2026** por puntuación curricular, bajo las siguientes bases:

En cumplimiento de los requisitos señalados en el Reglamento del Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal, en lo referente a la RE-CERTIFICACIÓN:

- I. Podrán participar los Especialistas en Patología y Medicina Bucal con certificación del COMPYMB vigente, cuya fecha de vencimiento sea 2026.
- II. Los interesados deberán mandar por escrito la solicitud dirigida al Consejo de Certificación, Comité de Recertificación. Se anexa a la presente convocatoria el formato de solicitud.
- III. La puntuación curricular mínima para recertificación son 350 puntos, favor de descargar el archivo Excel anexo: Tabla puntuación re-certificación COMPYMB 2026, responder todos los apartados que correspondan y anexar a su solicitud, en formato pdf. Anexar el formato digital en memoria USB y etiquetar como: Nombre del Solicitante, autoevaluación COMPYMB 2026.
- IV. El aspirante deberá entregar con fecha límite el 11 de septiembre de 2026 la siguiente documentación en papel:

Solicitud impresa con todos los apartados correspondientes debidamente requisitados, de acuerdo con las instrucciones de la solicitud. La solicitud debe tener firma autógrafa. Dos fotografías recientes. Tamaño diploma 5x7, ovalada, en blanco y negro.

Documentación digitalizada:

- Anexar en la memoria tipo USB la siguiente documentación en formato pdf. Favor de presentarla en una carpeta etiquetada: Nombre del Solicitante, documentos re-certificación COMPYMB 2026.

- Copia digitalizada de la solicitud de re-certificación.
  - Copia digitalizada del certificado inmediato anterior de COMPYMB.
  - Constancia de membresía de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal actualizada al 2026. Favor de anexar las membresías de los 5 años considerados para este proceso.
  - Recibo de pago por concepto de recertificación con nombre y la leyenda proceso de recertificación COMPYMB2026(nombre). Ejemplo: **COMPYMB2026juanperez**
  - Tabla de puntuación recertificación COMPYMB 2026.
  - En el USB grabar la documentación comprobatoria de cada apartado (No fotos de eventos, fotos de hojas que no sean oficiales, sólo cartas membretadas y firmadas por la autoridad correspondiente de la Institución en la cual trabajan). Favor de organizar la documentación comprobatoria en carpetas tituladas en forma correspondiente con cada apartado del Archivo de Autoevaluación. Ejemplo: 1 Postgrados adicionales a los que presentó para la Certificación inicial; 2 Actividades asistenciales y privadas en Patología y Medicina Bucal; 3. Práctica privada o institucional en patología - medicina bucal y subsecuentes apartados que procedan.
1. Todas las solicitudes recibidas en tiempo y forma serán evaluadas por el Comité de Recertificación.
  2. Los miembros del COMPYMB que hayan presentado su solicitud de re-certificación, serán informados de la resolución de su solicitud, vía correo electrónico, en la semana del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2026.
  3. Realizar el pago de 2,500 pesos MN depositando a la Cuenta 0220537166 de Banco Banorte (CLABE interbancaria 072680002205371663) a nombre de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A.C. y enviar comprobante de depósito en formato pdf, debidamente identificado de acuerdo con las indicaciones previas al correo del Consejo Mexicano Patología y Medicina Bucal ([compymb@gmail.com](mailto:compymb@gmail.com)).
  4. La solicitud y documentación deberá dirigirse al Dr. Victor Hugo Toral Rizo, secretario del COMPYMB en impreso y el escaneado en la memoria USB. Los archivos deben ir nombrados según el rubro que a que se refiera; favor de enviarla por mensajería comercial con cargo personal.

Dirección: CUARTO PISO EXCLUSIVAMENTE

Torre médica Gomez Farías Dirección: Valentín Gómez Farías, Ote. #415,  
4to piso, consultorio 407. Col. San Sebastián, C. P. 50090, Toluca, Edo. De Méx.

Horario de lunes a viernes 10:00-14:00 y 16:00-19:00.

Sábado de 10:00 a 14:00

Entre Pino Suárez y Josefa Ortiz de Domínguez

Tel. (722) 167 3079

Celular: +52 (55) 4075 9303

5. Nota: Las solicitudes deberán llegar a más tardar el día 11 de septiembre de 2026. La documentación que llegue posterior a esta fecha no será considerada en este año.
6. El COMPYMB enviará un correo electrónico confirmando la recepción de solicitud en la semana del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2026.
7. En caso de dudas o preguntas favor de comunicarse con el Dr. Victor Hugo Toral Rizo (55) 4075 9303, o con el Dr. Francisco Javier Tejeda Nava, (444) 135 6699, secretario y presidente del COMPYMB respectivamente o al correo del consejo [compymb@gmail.com](mailto:compymb@gmail.com).

Atte. Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal

2025-2027



## Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal

### Proceso de Recertificación de Especialistas 2025

#### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE RECERTIFICACIÓN

Modalidad a la que solicita inscripción: por puntuación curricular.

Nombre como aparece en el acta de nacimiento:

---

Número de Certificado de COMPYMB:

---

Año de certificación previa:

---

Universidad de egreso de otros estudios (p.ej. doctorado)

---

Año de egreso de otros estudios (p.ej. doctorado): \_\_\_\_\_

Institución y domicilio de trabajo:

---

— — — — —

---

Cargo en la institución:

---

Domicilio para recibir correspondencia (en caso de ser diferente del anterior):

---

— — — — — — — — — —

---

Teléfono(s) de trabajo (con clave Lada):

---

Teléfono celular:

---

R.F.C.

---

Correo electrónico:

---

Datos para elaborar recibo fiscal:

---

---

(Favor de enviar constancia de situación fiscal en formato PDF, así como especificar Régimen Fiscal y tipo de uso del comprobante fiscal.

Solicito participar en el Proceso de Re-Certificación 2026 del Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal.

Así mismo, conozco y acepto los términos del Aviso de Privacidad del Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal.

Firma: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_