



Manual de usuario inscripción a examen de Certificación del Sistema Consejo Nacional de Salud Pública

Acceso

- **Para tener acceso al sistema deberá visitar el siguiente enlace:**
<https://www.soporteinterfaz.info/cnsp/inscripcion/>



Bienvenido al sitio de inscripción del Consejo Nacional de Salud Pública, A.C.

El Consejo Nacional de Salud Pública, A.C., (CNSP) es la entidad con idoneidad otorgada por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. (CONACEM) para evaluar y certificar a los médicos que han cursado alguna de las siguientes especialidades:

- Epidemiología;
- Salud Pública;
- Medicina Preventiva;
- Calidad de la Atención Clínica.

Para sustentar la evaluación del Consejo, es necesario que proporcione diversa información, tal como:

- Datos generales;
- Sobre sus estudios de licenciatura en medicina;
- Sobre sus estudios de especialidad;
- Sobre su ejercicio profesional.

Asimismo, deberá cargar en formato PDF los comprobantes de dicha información, por lo que recomendamos realizar su registro en un equipo de cómputo y considerar que el tiempo aproximado de este proceso es de 15 minutos.

Una vez iniciado el proceso de registro, podrá guardar sus avances y concluirlo dentro de las 48 horas siguientes al inicio; de no finalizar el proceso en el plazo señalado, su información se eliminará de nuestro servidor y deberá iniciar de nuevo.

Para realizar el examen, además de cumplir con los requisitos documentales, deberá cubrir la cuota de recuperación, por \$3,500.00 (Tres mil quinientos pesos 00/100 M.N.), la cual deberá pagarse mediante depósito en ventanilla o transferencia electrónica a la cuenta bancaria del CNSP.

En caso de concluir el proceso de inscripción y haber cubierto la cuota de recuperación y no presentar la evaluación en la fecha de examen confirmada, su pago tendrá una vigencia de seis meses contados a partir de la fecha de pago. Transcurrido este tiempo, será necesario cubrir la cuota de recuperación para inscribirse a una evaluación.

La información que nos proporcione será tratada conforme a nuestro aviso de privacidad, disponible en www.cnsaludpublica.com.mx

Seleccione "Acepto los términos y condiciones" y pulse ACEPTAR, para iniciar su proceso de registro.

- Acepto los términos y condiciones

Aceptar

Pantalla de bienvenida

- En la pantalla de bienvenida se mostrarán una serie de indicaciones que debe leer detenidamente.
- Si es primera vez que entra al proceso de inscripción deberá aceptar los términos y condiciones pulsando el cuadro correspondiente de caso contrario no podrá tener acceso, luego deberá pulsar el botón “Acceso al formulario de Inscripción”
- Si ya había iniciado su proceso de registro y no lo completó, deberá pulsar el botón que se indica.



Bienvenido al sitio de inscripción del Consejo Nacional de Salud Pública, A.C.

El Consejo Nacional de Salud Pública, A.C., (CNSP) es la entidad con idoneidad otorgada por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. (CONACEM) para evaluar y certificar a los médicos que han cursado alguna de las siguientes especialidades:

- Epidemiología;
- Salud Pública;
- Medicina Preventiva;
- Calidad de la Atención Clínica.

Para sustentar la evaluación del Consejo, es necesario que proporcione diversa información, tal como:

- Datos generales;
- Sobre sus estudios de licenciatura en medicina;
- Sobre sus estudios de especialidad;
- Sobre su ejercicio profesional.

Asimismo, deberá cargar en formato PDF los comprobantes de dicha información, por lo que recomendamos realizar su registro en un equipo de cómputo y considerar que el tiempo aproximado de este proceso es de 15 minutos.

Una vez iniciado el proceso de registro, podrá guardar sus avances y concluirlo dentro de las 48 horas siguientes al inicio; de no finalizar el proceso en el plazo señalado, su información se eliminará de nuestro servidor y deberá iniciar de nuevo.

Para realizar el examen, además de cumplir con los requisitos documentales, deberá cubrir la cuota de recuperación, por \$3,500.00 (Tres mil quinientos pesos 00/100 M.N.), la cual deberá pagarse mediante depósito en ventanilla o transferencia electrónica a la cuenta bancaria del CNSP.

En caso de concluir el proceso de inscripción y haber cubierto la cuota de recuperación y no presentar la evaluación en la fecha de examen confirmada, su pago tendrá una vigencia de seis meses contados a partir de la fecha de pago. Transcurrido este tiempo, será necesario cubrir la cuota de recuperación para inscribirse a una evaluación.

La información que nos proporcione será tratada conforme a nuestro aviso de privacidad, disponible en www.cnsaludpublica.com.mx

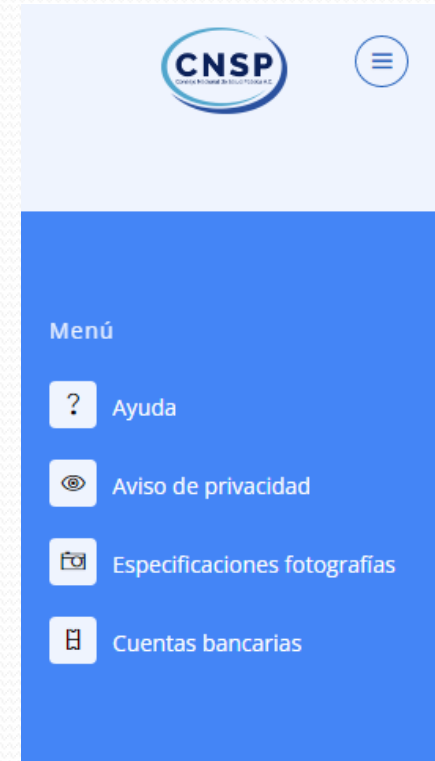
Seleccione "Acepto los términos y condiciones" y pulse ACEPTAR, para iniciar su proceso de registro.

Acepto los términos y condiciones

Aceptar

Menú lateral

- ❑ Del lado izquierdo esta el menú con varias opciones:
- ❑ Ayuda (podrá descargar este manual)
- ❑ Aviso de privacidad (podrá descargar el archivo)
- ❑ Especificaciones fotografías (mostrará las especificaciones que solicita el Consejo Nacional de Salud Pública”
- ❑ Cuentas bancarías (mostrará los datos de la cuenta bancaria para realizar el pago correspondiente)



Información importante

- Antes de iniciar el proceso de inscripción debe leer las indicaciones que se muestran en la parte superior.
- Sugerimos leer con atención los documentos “Especificaciones de fotografías” y Datos bancarios del CNSP” para evitar contratiempos, debe pulsar sobre los textos color azul para que se abra en pantalla los archivos y pueda consultar la información, así mismo podrá descargarlos en formato PDF.

Inscripción a examen de certificación del Consejo Nacional de Salud Pública, ID de registro: 2316

Datos de contacto: Email: contacto@cnsaludpublica.com.mx / Teléfono: +52 (55)55744188

Por favor, proporcione la información requerida en cada campo. A partir de ahora, cuenta con 48 horas para concluir su proceso de inscripción, de no hacerlo, su información será eliminada de nuestro servidor y deberá iniciar el proceso nuevamente.

Considere que, para guardar cualquier avance de su información y disponer de las 48 horas para concluir su registro, debe proporcionar invariablemente su RFC, CURP y correo electrónico; de no proporcionarla, su información no quedará registrada. Cuando termine de llenar el formulario y subir los documentos requeridos, seleccione la opción "Considero que los datos son correctos y están validados", para concluir su registro y obtener el acuse de recibo correspondiente.

Sugerimos leer con atención los documentos "ESPECIFICACIONES DE FOTOGRAFÍAS" y "DATOS BANCARIOS DEL CNSP" para evitar contratiempos en su inscripción.

* Favor de ingresar los siguientes datos (* Campos obligatorios)

* ¿No conoces tu CURP? Da clic en el botón

[CURP](#)

Formulario de Inscripción

- Antes de iniciar el proceso de inscripción, si no conoce su CURP, podrá pulsar en el botón “CURP”, se abrirá una ventana en pantalla con el enlace a la página oficial para que lo pueda consultar.

Si no conoces tu CURP, puedes visitar la página oficial para realizar una consulta:
<https://www.gob.mx/curp/>

Formulario de Inscripción, Módulo “Datos Generales”

- ❑ Es importante saber que en el formulario hay campos obligatorios que están marcados con un asterisco *, para registrar el proceso de inscripción es importante que llene esos datos requeridos, de no hacerlo, el sistema no podrá guardar la información que más adelante va a necesitar para concluir con su proceso o revisar su resultado.
- ❑ Datos Generales.
- ❑ En el primer módulo deberá ingresar su información general en los siguientes campos:
- ❑ Nombre(s)
- ❑ Apellido Paterno
- ❑ Apellido Materno
- ❑ CURP
- ❑ RFC
- ❑ Fecha de nacimiento
- ❑ Edad (al ingresar la fecha de nacimiento en el campo correspondiente, la edad se calculará en automático y no será necesario que lo haga usted)
- ❑ Sexo

Todos los campos de este módulo son obligatorios

Datos generales:

Nombre(s)*	Apellido Paterno *	Apellido Materno *	CURP *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RFC *	Fecha de nacimiento *	Edad	Sexo *
<input type="text"/>	<input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Seleccionar..."/>

- ❑ Deberá subir en al sistema los siguientes documentos:
- ❑ Constancia de situación fiscal
- ❑ CURP
- ❑ Copia del INE o pasaporte

Debe de subirlos en formato PDF y deben ser legibles.

Para subir los documentos debe seleccionar el archivo pulsando en el botón “Seleccionar archivo”, ya que seleccionó, deberá pulsar en el botón “Subir archivo”, cuando el archivo se adjunte le saldrá un mensaje y se mostrará el nombre debajo de los cuadros “Nombre del Archivo” y “Eliminar”, si por error subió un archivo equivocado podrá eliminar el mismo pulsando el botón “Eliminar” y deberá volver a seleccionar el archivo correcto.

El procedimiento es el mismo para los 3 casos.

Subir Constancia de situación fiscal *	Por favor suba una copia legible del documento en formato PDF	Archivos adjuntos (Favor de adjuntar unicamente archivos en formato PDF) ARCHIVO <input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ninguno archivo selec. <input type="button" value="Subir archivo"/> <input type="button" value="Nombre del Archivo"/> <input type="button" value="Eliminar"/>
Subir CURP *	Por favor suba una copia legible del documento en formato PDF	Archivos adjuntos (Favor de adjuntar unicamente archivos en formato PDF) ARCHIVO <input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ninguno archivo selec. <input type="button" value="Subir archivo"/> <input type="button" value="Nombre del Archivo"/> <input type="button" value="Eliminar"/>
Subir copia del INE o pasaporte *	Por favor suba una copia legible de los documentos en formato PDF	Archivos adjuntos (Favor de adjuntar unicamente archivos en formato PDF) ARCHIVO <input type="button" value="Seleccionar archivo"/> Ninguno archivo selec. <input type="button" value="Subir archivo"/> <input type="button" value="Nombre del Archivo"/> <input type="button" value="Eliminar"/>

Módulos “Datos de contacto” y “Domicilio particular”

- El módulo datos de contacto se conforma por los siguientes campos:
 - Correo electrónico personal (**Obligatorio**)
 - Correo electrónico alternativo
 - Teléfono personal (A 10 dígitos / **Obligatorio**)
 - Teléfono alternativo (A 10 dígitos)
-
- El módulo de “Domicilio particular” se compone de:
 - Calle
 - No. Exterior
 - No. Interior
 - Colonia
 - Código postal
 - Entidad federativa
 - Alcaldía o Municipio (al ingresar el código postal el sistema detectará la entidad federativa y consecuente la alcaldía o municipio mostrará las que corresponden a su entidad)

Datos de contacto:			
Correo electrónico personal *	Correo electrónico alternativo	Teléfono personal (A 10 dígitos) *	Teléfono alternativo (A 10 dígitos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio particular:			
Calle:	No. Ext.	No. Int.	Colonia:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Entidad Federativa	Alcaldía o Municipio	
<input type="text"/>	<input type="text" value="Seleccionar..."/>	<input type="text" value="Seleccionar..."/>	

Módulos “Licenciatura en Medicina”

- ❑ En este módulo debe seleccionar primero la Universidad en la que realizó sus estudios, si no aparece en la lista deberá seleccionar la opción “Otro” para que se muestre un campo de texto y pueda especificar el nombre.
- ❑ Luego deberá subir el “Título de médico cirujano” y la “Cédula de médico cirujano”, es el mismo procedimiento que realizó para subir los datos personales.
- ❑ Para finalizar con este módulo deberá registrar el “Número de cédula de médico cirujano”

Licenciatura en Medicina:

Universidad en la que realizó sus estudios

--:Seleccione--

Subir el título de médico cirujano:

Por favor suba los comprobantes en formato PDF

Archivos adjuntos (Favor de adjuntar únicamente archivos en formato PDF)

ARCHIVO [Seleccionar archivo] Ninguno archivo selec.

Subir archivo

Nombre del Archivo Eliminar

Subir la Cédula de médico cirujano:

Por favor suba los comprobantes en formato PDF

Archivos adjuntos (Favor de adjuntar únicamente archivos en formato PDF)

ARCHIVO [Seleccionar archivo] Ninguno archivo selec.

Subir archivo

Nombre del Archivo Eliminar

Número de cédula de médico cirujano.

Módulo “Especialidad”

- En este módulo debe seleccionar una de las 4 opciones que se muestran:
- Calidad de la Atención Clínica
- Epidemiología
- Medicina Preventiva
- Salud Pública

Solo podrá seleccionar una opción, en caso de querer cambiar la especialidad, más adelante lo podrá hacer.

Especialidad (marque la casilla correspondiente):

Calidad de la Atención Clínica

Epidemiología

Medicina Preventiva

Salud pública

Módulo “Institución donde cursó su residencia o especialidad”

- ❑ Los datos que debe registrar en este módulo son:
- ❑ Seleccionar la Sede formadora donde realizó su residencia o especialidad, en caso de no encontrar la opción deseada deberá seleccionar “Otro”, se mostrará un campo de texto para que especifique el nombre de la Sede.
- ❑ Seleccionar la Entidad federativa de la Sede formadora
- ❑ Ingresar el Nombre de la Unidad Médica que corresponda
- ❑ Ingresar el Año de inicio y el Año de fin
- ❑ Seleccionar la Institución de educación superior que avaló su especialidad, en caso de no encontrar la opción deseada deberá seleccionar “Otro” para que se despliegue un campo de texto y pueda especificar.
- ❑ Subir datos de la especialidad, debe adjuntar en formato PDF el comprobante de la constancia de término de la especialidad, (mismo procedimiento anterior)

Institución donde cursó su residencia o especialidad:

Sede formadora donde realizó su residencia o especialidad
--:Seleccione--

Entidad Federativa de la sede formadora:
Aguascalientes

Año de inicio: Año de fin:

Institución de educación superior que avaló su especialidad:
--:Seleccione--

Subir datos de especialidad:

Por favor suba el comprobante de la constancia de término de la especialidad en formato PDF

Archivos adjuntos (Favor de adjuntar únicamente archivos en formato PDF)
ARCHIVO | Seleccionar archivo | Ninguno archivo selec.
Subir archivo

Nombre del Archivo | Eliminar

Módulo “Institución donde labora”

- Los datos que debe registrar en este módulo son:
- Seleccionar Tipo de Institución
- Si es pública se desplegará otra opción para que pueda seleccionar el nombre de la institución, si no encuentra la opción deseada, deberá seleccionar “Otro” para que se despliegue un campo de texto y pueda especificar el nombre.
- Si es Privada se desplegará un campo de texto para que registre le nombre de la institución.
- Y la opción “Ejerce por su cuenta”
- Registrar el nombre de la Unidad Médica
- Registrar el domicilio que corresponda a la opción que seleccionó
 - Calle
 - No. Exterior
 - No. Interior
 - Colonia
 - Código Postal
 - Entidad Federativa
 - Alcaldía o Municipio
 - Cargo o puesto que desempeña

Institución donde labora:

Tipo de Institución:

Seleccione

Calle:	No. Ext	No. Int	Colonia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.P.	Entidad Federativa	Alcaldía o Municipio	Cargo o puesto:
<input type="text"/>	Seleccionar... <input type="text"/>	Seleccionar... <input type="text"/>	<input type="text"/>

Módulo “Comprobante de pago”

En este módulo deberá subir el comprobante de pago en formato PDF legible, realizando el mismo procedimiento que los anteriores.

Tiene la opción de visualizar los datos de la cuenta pulsando “Ver datos de la cuenta” y también la opción de descargar la imagen de los datos pulsando “Descargar Imagen”

Deberá registrar el número de autorización, número de transferencia o clave de rastreo del depósito o transferencia.

Comprobante de pago

Subir comprobante de pago:
[Ver datos de la cuenta](#)
[Descargar imagen](#)

Por favor suba el comprobante legible de pago en formato PDF

Archivos adjuntos (Favor de adjuntar unicamente archivos en formato PDF)

ARCHIVO Ninguno archivo selec.

Número de autorización, número de transferencia o clave de rastreo del depósito o transferencia:

Módulo “Fecha y Sede para realizar el examen”

En este módulo deberá seleccionar la opción de la fecha de examen, al seleccionar la opción, del lado derecho se desplegará la información general para realizar el examen:

- Sede
- Horario de asistencia
- Dirección
- Inicio de Inscripción
- Fecha límite de Inscripción

Fecha y Sede para realizar el examen:

Seleccionar fecha para realizar el examen:

Viernes 9 de junio 2023 (Oaxaca) ▼

Sede:

Universidad Regional Del Sureste URSE Campus Rosario El Rosario, Oaxaca

Horario de asistencia:

11:00 am

Dirección:

Av. Cto. 1 Nte., San Sebastián Tutla, 71246 El Rosario, Oax.

Inicio de Inscripción:

24 de mayo de 2023

Fecha Límite de Inscripción:

31 de mayo de 2023

Guardar formulario de inscripción

En caso de no llenar los campos obligatorios el sistema le mostrará una alerta para recordar las opciones que debe llenar y los campos obligatorios vacíos se pondrán en color rojo, recuerde que es importante registrar esos datos para dar de alta su inscripción y más adelante pueda tener acceso al módulo.



Por favor, complete los siguientes campos:

- Nombre(s)*
- Apellido Paterno *
- Apellido Materno *
- CURP *
- RFC *
- Fecha de nacimiento *
- Edad
- Sexo *
- Correo electrónico personal *
- Teléfono personal (A 10 dígitos) *

Guardar formulario de inscripción

Si solo llenó los campos obligatorios y le faltó alguna información deberá pulsar el botón “Guardar”, al hacerlo lo va a redirigir a otra pantalla con un aviso importante, tendrá solo 48 horas para completar el formulario de inscripción, en caso de no hacerlo, los datos registrados se eliminarán del sistema y deberá comenzar de nuevo el registro.



Sitio de inscripción del Consejo Nacional de Salud Pública, A.C.

Gracias por utilizar la plataforma de inscripción, dado que no seleccionó la opción "Considero que los datos son correctos, están completos y validados", a partir de ahora, cuenta con 48 horas para concluir su proceso de inscripción, de no hacerlo, su información será eliminada de nuestro servidor y deberá iniciar el proceso nuevamente.

Para ingresar y completar sus datos de inscripción deberá tener a la mano su CURP o RFC y correo electrónico y acceder a: <https://soporteinterfaz.info/cnsp/inscripcion/acceso>

Salir

El aviso contiene un enlace al módulo de acceso, donde tiene que dirigirse a terminar con el proceso de inscripción dentro de las 48 horas.



Acceso a continuar con proceso de inscripción

RFC O CURP

RFC o CURP registrado

Correo electrónico

Correo electrónico registrado

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

Entrar

The image shows a login form for a registration process. At the top, there is a circular icon of a clipboard with two checkmarks. The form is titled 'Acceso a continuar con proceso de inscripción'. It has two main sections: 'RFC O CURP' with a text input field labeled 'RFC o CURP registrado', and 'Correo electrónico' with a text input field labeled 'Correo electrónico registrado'. Below the email field is a link that says '¿Olvidaste tu contraseña?'. At the bottom of the form is a blue button labeled 'Entrar'. The background of the form is a light blue and white pattern, and the entire form is overlaid on a grayscale image of a computer keyboard and mouse.

Debe ingresar el RFC o CURP y el correo electrónico que registro en el proceso de inscripción, debe verificar que no queden espacios al inicio o al final de los campos porque eso anula el acceso.

Continuar proceso de inscripción:

Al ingresar al módulo encontrará el panel de control, para continuar con el proceso de inscripción deberá pulsar el botón “Continuar” que lo va a dirigir al formulario de inscripción, donde solo tendrá que llenar los campos que dejó pendientes.

Sistema actualización de datos Perfil Médico.

Por favor valide o en su caso continúe con el llenado de sus datos en el siguiente listado.

Listado de últimas actualizaciones

ID USUARIO	MÉDICO	ÚLTIMA EVALUACIÓN	FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	ESTATUS	CONTINUAR PROCESO DE INSCRIPCIÓN	ACUSE
2304	VICTOR MANUEL ZARATE MARTINEZ		22-05-2023	Inscripción a examen	<input type="button" value="Continuar"/>	

Formulario de inscripción completado:

Si la primera vez que ingresó a realizar el proceso de inscripción y completó todos los datos solicitados deberá marcar la casilla “Considero que los datos son correctos, están completos y validados.” Cuando lo haga se cargará un acuse de recepción de documentos para inscripción a examen, donde se le explicará los pasos a seguir en el proceso, este acuse contiene un código QR para que pueda escanear desde su celular y descargar el archivo en formato PDF



ACUSE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS para inscripción a examen.

Ciudad de México 2023-05-22.

Apreciable: LUIS MANUEL PAREDES ESTRELLA.

Por este medio, confirmamos la recepción de su información para inscripción al examen de certificación en la especialidad de: Medicina Preventiva ,que tendrá verificativo el próximo Viernes 9 de Junio de 2023, en la Ciudad de Oaxaca.

Los documentos e información proporcionados serán revisados y en caso de existir alguna inconsistencia, la haremos de su conocimiento mediante correo electrónico a la dirección que registró en el formulario de solicitud para que la subsane dentro del plazo de 03 días hábiles siguientes al envío del requerimiento, por lo que sugerimos consultar periódicamente su cuenta de correo electrónico, así como las bandejas de correo no deseado.

En caso de no identificar inconsistencias o éstas hayan sido subsanadas, recibirá un correo electrónico de confirmación de inscripción, con información útil para el día del examen.

Reciba saludos cordiales del equipo del Consejo Nacional de Salud Pública, A.C.





- Gracias por su atención

- Consejo Nacional de Salud Pública

