

FOTO
TAMAÑO
INFANTIL

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN 2026

FECHA DE SOLICITUD: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Fecha de Nacimiento:

CURP:

1.- DATOS DE SU RECERTIFICACIÓN:

Número de Registro:

Año de Certificación:

2.- DOMICILIO PARTICULAR:

Calle/Número/Interior:

Colonia:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Tel contacto Whatapp:

E-mail:

3.-DOMICILIO PROFESIONAL:

Calle/Número/Interior:

Colonia:

Código Postal:

Ciudad:

Estado:

Tel Oficina:

email:

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

4.- DOMICILIO DE TRABAJO INSTITUCIONAL O EQUIVALENTE

Institución/ Clínica/Hospital:	
Cargo que desempeña:	
Calle/Número:	
Colonia:	Código Postal:
Ciudad:	Estado:
Tel Oficina:	email:

5.- ACTIVIDADES DOCENTES:

PREGRADO:

Institución/universidad:	
Escuela/Facultad:	
Ciudad	Estado:
Fecha de Ingreso:	Fecha de egreso:
Materias que imparte:	No. de horas:

POSTGRADO:

Institución/universidad:	
Escuela / Facultad:	
Ciudad:	Estado:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:
Materias que imparte:	No. de horas:

Institución/universidad:	
Escuela/Facultad:	
Ciudad:	Estado:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:
Materias que imparte:	No. de horas:

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

6.- PUBLICACIONES:

LIBROS

Título:

Editorial:

Fecha de publicación

Participación: Autor

☐

Coautor

☐

Colaborador

☐

ARTÍCULOS DE REVISTA:

Nombre de la revista:

Editorial:

Fecha de publicación:

Volumen:

Número:

Páginas:

Tipo de artículo:

Revisión bibliográfica:

Reporte de casos:

Investigación clínica:

Investigación de laboratorio:

Trabajo estadístico:

Nombre de la revista:

Editorial:

Fecha de publicación:

Volumen:

Número:

Páginas:

Tipo de Aartículo:

Revisión bibliográfica:

Reporte de casos:

Investigación clínica:

Investigación de laboratorio:

Trabajo estadístico:

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

Nombre de la revista:		
Editorial:	Fecha de publicación	
Volumen:	Número:	Páginas:
Tipo de artículo:		Revisión bibliográfica:
Reporte de casos:		Investigación Clínica:
Investigación de laboratorio:		
Trabajo estadístico:		

7.- ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS.

CONGRESOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL:

Fecha: _____	
Institución/Asociación que lo organiza: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____
Nombre del curso o evento: _____	
Avalado por: _____	No. horas: _____
Fecha: _____	
Institución/Asociación que lo organiza: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____
Nombre del curso o evento: _____	
Avalado por: _____	No. horas: _____

Fecha: _____	
Institución/Asociación que lo organiza: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____
Nombre del curso o evento: _____	
Avalado por: _____	No. horas: _____

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

8.- CONGRESOS DE LA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA.

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

9.- PARTICIPACIÓN COMO PONENTE O CONFERENCIANTE:

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

Fecha: _____

Institución/Asociación que lo organiza: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Nombre del curso o evento: _____

Avalado por: _____

No. horas: _____

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

11.- DISTINCIONES ACADÉMICAS, DOCENTES O PROFESIONALES:

Lugar y Fecha:

Institución:

Tipo de distinción:

Lugar y Fecha:

Institución:

Tipo de distinción:

Lugar y Fecha:

Institución:

Tipo de distinción:

Lugar y Fecha y Firma
(A mano y tinta azul)

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

TABLA DE PUNTUACIÓN PARA RECERTIFICACIÓN

Colocar puntaje de acuerdo al valor asignado y al final colocar el total del puntaje por año
Anexar COPIA de documentación comprobatoria.

ACTIVIDAD / AÑO	2021	2022	2023	2024	2025
ACTIVIDADES DOCENTES					
PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS					
EDUCACIÓN DE POSGRADO					
ACTIVIDAD DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL					
ACTIVIDADES GREMIALES O COLEGIADAS, DISTINCIONES					
Total por año					

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

ACTIVIDADES DOCENTES	Puntos
Profesor de Pregrado. (por año)	15
Profesor de Postgrado. (por año)	30
Director tesis Pregrado. (por tesis)	5
Director tesis Posgrado. (por tesis)	10
Asesor tesis Pregrado. (por tesis)	3
Asesor tesis Posgrado. (por tesis)	7

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	Puntos
Publicación de Libro (por edición)	75
Capítulo de libro (por edición)	30
Autor/coautor artículo de revista indexada nacional. (por publicación)	15
Autor/coautor artículo de revista indexada internacional. (por publicación)	20
Presentación de cartel o presentación oral caso clínico o investigación en eventos académicos. (Por presentación)	5
Asesor presentación trabajo cartel o presentación oral eventos académicos (por trabajo)	3
Impartir cursos, diplomados área a fin de Periodoncia	10 puntos por curso
Impartir conferencias en congresos de Periodoncia e Implantología	5 puntos por hora
Impartir conferencias en congresos de odontología general	3 puntos por hora

EDUCACIÓN DE POSGRADO	Puntos
Maestría en Salud Pública o Doncencia	20
Doctorado en Salud Pública o Doncencia	30
Maestría en Ciencias de la Salud (fin al área Periodontal). (Terminado)	40
Doctorado y Posdoctorado en Ciencias de la Salud (afin al área Periodontal). (Terminado)	50

ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL	Puntos
Asistencia a congreso de odontología general	1 punto x hora
Asistencia a Congreso Nacional de Periodoncia e Implantología	2 puntos x hora
Asistencia a Congreso Internacional de Periodoncia	3 puntos x hora
Asistencia a Congreso de Implantología	2 puntos x hora
Asistencia a cursos, webinars afines al área periodontal	1 punto x hora
Asistencia a diplomado afin al área periodontal (terminado)	1 punto X c/3hrs

ACTIVIDADES COLEGIADAS O GREMIALES, DISTINCIONES	Puntos
Participación en Mesa Directiva CMP	1 punto x año
Cuota anual CMP (al corriente)	10 puntos x año
Membresía a Asociaciones o Colegios de Periodoncia o de Implantología nacionales o internacionales (al corriente)	5 puntos x año
Membresía a Asociaciones de odontología general (al corriente)	3 puntos x año
Asistencia a cursos, webinars afines al área periodontal	1 punto x hora
Distinción por gremio odontológico, universitario, asociación.	5 puntos x distinción

CONSEJO MEXICANO DE PERIODONCIA, A.C.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

Enviar en UN SOLO PDF, escaneado:

Solicitud de recertificación con foto, llenada a computadora y firmada en físico bolígrafo azul.

Comprobatorios que avalen puntaje anual escaneado en UN SOLO DOCUMENTO PDF.

Escaneo de recibo de pago.

Escaneo de identificación.

Enviar en físico:

3 fotografía tamaño infantil y 3 tamaño título (9X6) blanco y negro. (saco obscuro y corbata / vestido oscuro en fondo blanco) con su nombre al reverso escrito con lápiz.

2 fotografías en color tamaño infantil

Solicitud llenada y firmada.

Dra. Azalia Reyes Obeso

San Francisco 112-A, Col. Indeco Ánimas, Xalapa, Veracruz , CP 91190, tel 2288136038

Pago

El pago deberá ser depositado a la cuenta del Consejo Mexicano de Periodoncia, A.C.:

RFC: CMP9603064V1

Banco: BBVA

Nombre de la cuenta: Cuenta de cheques

Cuenta CLABE: 012 470 00120393819 8

Número de cuenta: 012 039 3819

Nombre: Consejo Mexicano de Periodoncia A.C.

Referencia: nombre completo.

1. Pago de la cuota de examen y certificación: \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.), incluir copia del pago del banco con sus documentos.
2. Enviar una copia adicional del pago con su nombre por e-mail a tesoreria@consejoperiodoncia.com y presentar el original el día del examen.

Para cualquier aclaración, favor de hacerla llegar con:

Dra. Cynthia Chavez Aceves (tesorera de CMP)

tesoreria@consejoperiodoncia.com