



SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

**CONVOCATORIA - SEGUNDA VUELTA**  
**PROCESO DE SELECCIÓN DEL**  
**XLIX EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS**  
**MÉDICAS 2025**

Inicio de ciclo académico: 01 de marzo del 2026

Los Servicios de Salud de Sinaloa, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), convocan a los Aspirantes con constancia de aprobación del ENARM que estén interesados en ingresar a las especialidades médicas de entrada directa, se apeguen a los requisitos documentales de las convocatorias vigentes de las Unidades Sedes, Aval Universitario y Secretaría de Salud.

➔ Para las diferentes etapas del proceso de selección y como medida de prevención de dispersión de enfermedades respiratorias estacionales, se solicita a los aspirantes a Residencias Médicas respetar en todo momento las medidas de sana distancia, uso obligatorio de cubre bocas, utilización de gel antibacterial a su ingreso y traer consigo su propia pluma de tinta azul para llevar a cabo las firmas correspondientes.

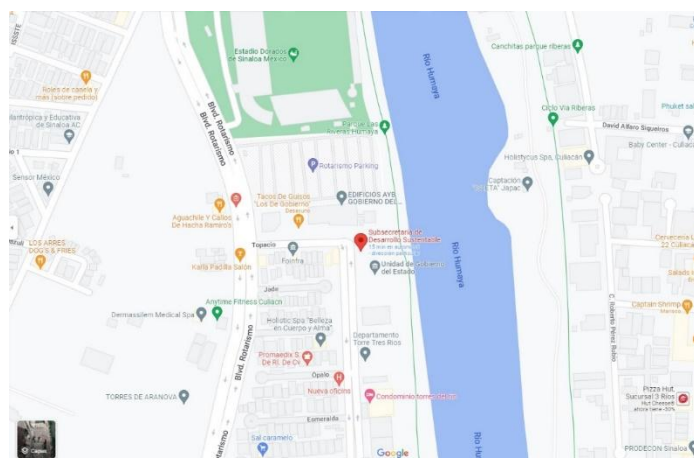
Las etapas del proceso de selección de aspirantes a residencias medicas se realizará de acuerdo con los médicos cuyos folios aparecen en la Lista de Seleccionados publicados en la página de la CIFHS y de acuerdo con lo publicado en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través de la siguiente liga de registro: (<https://cifhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2025/index.html#convocatoria>)

**SEGUNDA VUELTA**

**1. RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA ENTRADA DIRECTA**

Presentarse a entregar documentos sin previa cita del **(07 al 16 de enero del 2026)** de **07:00 a 12:00 horas** en La Subdirección de Enseñanza de los Servicios de Salud de Sinaloa, ubicada en Boulevard Alfonso Zaragoza Maytorena, Fraccionamiento Bonanza, No. 2204, Edificio Homex, Edificio A, Primer Piso (en el elevador presionar el número 2), C.P. 80020, Culiacán Rosales, Sinaloa.

**Nota:** En Google Maps escribe: “Enseñanza Estatal Sinaloa”.



**[1- Presiona el Mapa para ir a Google Maps](#)**



DIRIGIRSE A LA COORDINACIÓN DE RESIDENCIAS MÉDICAS CON:  
Dr. José Abraham Higuera Rojo

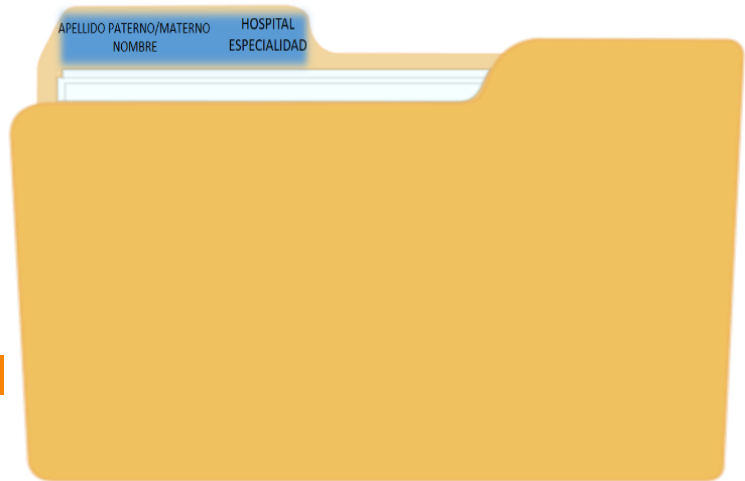
La documentación Solicitada en la presente convocatoria se deberá de ser entregada en estricto orden en una carpeta simple de color beige, etiquetado a computadora, letra Arial, negra, con su nombre completo, iniciando con apellidos, especialidad y hospital sede de interés, de la siguiente manera:

(No se recibirán documentos incompletos).

|   |               |                     |
|---|---------------|---------------------|
| → | <b>NOMBRE</b> | <b>HOSPITAL</b>     |
|   |               | <b>ESPECIALIDAD</b> |

Fondo:

- Rojo: Hospital Pediátrico de Sinaloa ■
- Rosa: Hospital La Mujer ■
- Azul: Hospital General de Culiacán ■
- Verde: Hospital General Mazatlán ■
- Anaranjado: Hospital Civil de Culiacán ■
- Lila: Hospital General Los Mochis ■



## **Requisitos Documentales**

### **INDISPENSABLES:**

1. Ser de Nacionalidad Mexicana.
2. Constancia de Seleccionado del XLIX Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2025 (**Impresa a color, en hoja opalina con código QR legible**).
3. Título de la Licenciatura en Medicina (médico cirujano, médico cirujano y partero, médico cirujano homeópata, etc.), legalmente expedido, legalizado por el estado de procedencia y registrado por la autoridad competente, en caso de contar con título electrónico el código QR deberá de estar legible, o acta de Aprobación del Examen Profesional (**copia ambas caras en una sola hoja, de preferencia título electrónico, 4 copias a color**).



4. Cédula Federal de la Licenciatura en Medicina (médico cirujano, médico cirujano y partero, médico cirujano homeópata, etc.), legalmente expedido y registrado por la autoridad competente, en caso de contar con Cedula federal electrónica el código QR deberá de estar legible, o Constancia de Trámite de Cédula Profesional. **(copia ambas caras en una sola hoja, de preferencia cedula electrónica, 4 copias a color).**
5. **Certificado de Estudios de licenciatura en medicina**, expedido por la autoridad competente, legalizado por el estado de procedencia, con promedio mínimo general de 8.0. **(de preferencia electrónico, 4 copias a color).**
6. Acta de nacimiento original con CURP **(4 ORIGINALES)**
7. Copia de Identificación oficial (INE/IFE) vigente.
8. CURP certificada verificada por el Registro Civil **(No mayor a 3 meses de su expedición).**
9. Certificado médico, expedido por **Secretaría de Salud/Servicios de Salud/ IMSS-Bienestar del Estado en Sinaloa.**
10. Carta compromiso de tiempo completo (Texto libre)
11. Cartilla militar (hombres)
12. No haber rechazado o haber sido dado de baja en periodos previos de las especialidades de entrada directa o indirecta en la sede a la que aspira.

#### **NO INDISPENSABLES**

13. Certificado en Idioma inglés con examen Toefl con puntaje mino de 450 puntos u otro aplicable.  
Certificación vigente en (ACLS, ATLS)
14. Documento probatorio de otros grados académicos de posgrado (Título, Certificado de Estudios, Cedula) de Maestría, doctorado, posdoctorado.
15. Documento probatorio de actividades docentes (constancia).
16. Autoría o coautoría en artículos médicos en revistas científicas.

### **DOCUMENTOS QUE DEBERÁN DE SER ENTREGADOS DE MANERA OBLIGATORIA (CUATRO JUEGOS, ORIGINAL Y COPIA).**

17. Solicitud de empleo con fotografía firmada con pluma azul (4 originales, amarilla de papelería).
18. Dos cartas de recomendación (Sin logotipo, con dirección y número telefónico de referencia).



19. Dos fotografías tamaño infantil reciente (no mayores a 6 meses a la fecha de entrega de documentos), de frente, blanco y negro, fondo blanco, papel mate con autoadherible de buena calidad, con ropa clara y lisa.
  - a. Hombres con traje claro, pelo corto, sin barba, bigote que permita ver la forma de los labios.
  - b. Mujeres con traje claro, con frente despejada, sin aretes voluminosos
20. Curriculum vitae (**firmado con pluma azul al margen y al final, máximo 2 hojas**).
21. Constancia de Año de internado de pregrado
22. Constancia de Año de Servicio Social.
23. Constancia de Situación Fiscal, expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (**no mayor a dos meses**).
24. Registro Estatal de Profesionistas (**Trámite en COEPRIS en Sinaloa**).
25. Copia de comprobante de domicilio, solo se aceptará de (**C.F.E. O TELMEX**).
26. Carta de No antecedentes Penales (**Expedida por el Gobierno del Estado de Sinaloa no mayor a 3 meses** "<https://ciudadano.sinaloa.gob.mx/>").
27. Constancia de No Inhabilitación, (el trámite se realiza en la dirección de responsabilidades, en la unidad de transparencia, palacio de gobierno y "<https://strc.transparenciasinaloa.gob.mx/carta-de-no-inhabilitacion/> ").
28. Caratula de banco con CLABE interbancaria (**solo se acepta de Banamex**).
29. Todos los documentos que avalen los requisitos señalados como **indispensables** deberán de ser entregados de forma obligatoria sin excepción, así como aquellos señalados como **No indispensables** con los que cuente el aspirante.
30. Aviso de Privacidad y confidencialidad.
31. Hoja de datos personales (Datos de identificación del aspirante médico residente)
32. Todos los documentos deberán ser a color (de acuerdo al documento original), escaneados en formato PDF en 300 x 300 dpi o PPP (**no fotografías de teléfono**), respetando el tamaño, bordes y márgenes del documento (escanear en ambas caras en caso de tener datos por el reverso).

## 2. EVALUACIÓN

Al entregar sus documentos en la Subdirección de Enseñanza de la Secretaría de salud/Servicios de Salud de Sinaloa, el aspirante recibirá una carta de presentación, que deberá ser entregada en la sede de su interés. Dicho oficio indicará que su documentación fue recibida correcta y completamente y, además, el aspirante deberá de Comprobar y aprobar su aptitud física y mental para participar en el curso de posgrado correspondiente, a través de evaluaciones físico, cognoscitivas, médicas y psicométricas del proceso de selección correspondiente.



Por lo anterior, favor de considerar los requisitos por Especialidad y por Hospital Sede, por lo que deberá comunicarse a las mismas:

| Hospital Sede  | Nombre del jefe de enseñanza           | Correo electrónico                 | Teléfono   | Domicilio   |
|--|--|------------------------------------|------------|---|
| <a href="#">Hospital La Mujer</a><br>DEL IMSS-BIENESTAR              | Dr. Mario Francisco Barajas Olivas     | ensenanza.hmujer@gmail.com         | 6677297686 | Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros s/n, Desarrollo Urbano Tres Ríos, 80020 Culiacán Rosales, Sin. |
| <a href="#">Hospital Pediátrico de Sinaloa</a><br>DEL IMSS-BIENESTAR | Dr. Adrián González López              | ense.med.hps@gmail.com             | 6677126606 | Calle Constitución 530, Jorge Almada, 80200 Culiacán Rosales, Sin.                                    |
| <a href="#">Hospital Civil de Culiacán</a>                           | Dr. Carlos Alberto Kawano Soto         | ensenanza@hospitalcivil.gob.mx     | 6677126606 | Pról. Álvaro Obregón 1439, Gabriel Leyva, norte, 80000 Culiacán Rosales, Sin.                         |
| <a href="#">Hospital General Culiacán</a><br>DEL IMSS-BIENESTAR      | Dra. Guadalupe Del Pilar Meza González | aspirantes.residenciahgc@gmail.com | 6677120186 | Avenida General Ignacio Aldama S/N, Guadalupe, 80230 Culiacán Rosales, Sin.                           |
| <a href="#">Hospital General Los Mochis</a><br>DEL IMSS-BIENESTAR    | Dra. Claudia María Zamudio Chávez      | ense2013.mochis@gmail.com          | 6688161412 | Boulevard Macario Gaxiola 1449 Sur Colonia Romanillo C. P. 81248, Los Mochis, Sinaloa.                |
| <a href="#">Hospital General Mazatlán</a><br>DEL IMSS-BIENESTAR      | Dr. José Héctor Carreón Tiscareño      | hgmensenanza@hotmail.com           | 6699840233 | Ave. Oscar Pérez Escobosa #6505 Col. El Venadillo cp. 82267, Mazatlán, Sinaloa.                       |

**Del 07 al 16 de enero del 2026**, el aspirante se encontrará en proceso de evaluación, con exámenes de conocimiento y psicométricos y, a su vez, los responsables de enseñanza de las Unidades Sedes se mantendrán revisando expedientes y resultados de las evaluaciones correspondientes, con la finalidad de seleccionar a los finalistas, por lo que aconsejamos acudir en las fechas establecidas en la presente convocatoria.

### 3. RESULTADOS

Serán notificados por las Sedes de su selección.

### 4. FIRMA DE ACEPTACIÓN DE SEDE

En caso de ser **aceptado**, deberá acudir a firmar la carta de adscripción del campo clínico **únicamente (20 y 21 DE enero del 2026) de 07:00 a 12:00 horas en las oficinas de la Subdirección de Enseñanza de los Servicios de Salud de**



**Sinaloa.** En caso de ser aceptado y no presentarse a firmar en los días indicados, la plataforma nacional se cerrará, por lo que automáticamente quedará fuera.

Asimismo, deberá entregar los documentos digitalizados en una memoria USB, en formato PDF por en 300 x 300 dpi o PPP (no fotografías de teléfono), respetando tamaño, bordes y márgenes del documento (escanear en ambas caras en caso de tener datos por el reverso)

Posteriormente, una vez haya firmado su aceptación y que se le indique, **deberá acudir a entregar la documentación requerida a Recursos Humanos** en las oficinas de los Servicios de Salud de Sinaloa, ubicado en: Cerro de Montebello #150, Fraccionamiento Montebello, C.P.80227. Culiacán, Sinaloa, **de 08:00 a 13:00 horas.**

**Teléfonos de contacto:**  
667 2612200 Ext. 48048  
6677592500



La devolución de documentos a los médicos **NO ACEPTADOS** será únicamente el día **21 de enero del 2025** de 07:00 a 13:00 horas.



## SERVICIOS DE SALUD SINALOA

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

### HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE MÉDICO RESIDENTE

#### DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE(S)

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

SEXO: (M) (F)      R.F.C. \_\_\_\_\_      CURP: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_  
CALLE                      No.                      COLONIA                      C.P.

POBLACIÓN                      ESTADO                      TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DONDE SE LE LOCALICE

TEL. FAMILIAR: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL CAMPO CLÍNICO SELECCIONADO

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DE SALUD: Secretaría de Salud.

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

#### TALLA DE UNIFORMES

TALLA DE BATA: (26) (28) (30) (32) (34) (36) (38) (40) (42) (44) (46)

TALLA DE PANTALÓN: (29) (30) (31) (32) (33) (34) (36) (38) (40) (42)

TALLA ZAPATOS: \_\_\_\_\_