REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA
UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
"HUGO CHÁVEZ FRÍAS"
SEDE: HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO "DR. CARLOS ARVELO"

DIVISION DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

INSCRIPCIONES PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN AVANZADA (PNFA) EN ENFERMERÍA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA 10 CUPOS
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO 6 CUPOS
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA 5 CUPOS

ESPECIALIZACIONES CON UNA DURACIÓN DE DOS (2 AÑOS)

Los profesionales de Enfermería interesados deben dirigirse a la División de Docencia e Investigación del Hospital Militar Universitario "Dr Carlos Arvelo" donde serán censados y se les explicarán los pasos para la inscripción.

- Entregar un expediente en carpetas de color marrón tamaño oficio.
- Entregar los recaudos en el orden correspondiente a la lista de verificación (la cual debe estar de primera en el expediente para el respectivo chequeo).
- Los documentos deben ser entregados cada uno en una funda plástica transparente, debidamente sujetados por un gancho en una carpeta marrón tamaño oficio. Dentro de las Funda colocar los separadores correspondientes.
- La carpeta debe venir identificada con una etiqueta a computadora letra Calibri Cuerpo y del lado izquierdo pegar una foto fondo blanco, proteger con papel contact transparente.
- Quienes hayan cursado un Técnico Superior Universitario en Enfermería, deberán anexar mismos documentos que se solicitan de licenciatura (fotocopia del Título, Autenticación del Título, SACS, Notas Certificadas).
- Los formatos que se anexas se deben imprimir y ser llenados con tinta negra, colocar firma y huella. Los documentos deben estar en el orden de la lista de verificación.
- La foto fondo blanco debe ser pegada con cinta adhesiva en el centro de una hoja blanca.
- El título debe estar debidamente registrado, se recibirá la copia del mismo **AUTENTICADA** por la universidad donde cursó el estudio.
- Anexar la inscripción del SACS

- En las carpetas no colocar documentos originales solo copias. Los originales se verificarán al momento de la entrega.
- Estar atentos a que la universidad les emita su carta de aceptación y entregar copia en la División de Docencia e Investigación del Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo".
- El personal militar (al tener la carta de aceptación por parte de la universidad) debe tramitar su permiso a dedicación exclusiva por DIGESALUD.

❖ NO SE RECIBIRÁN CARPETAS INCOMPLETAS

❖ La universidad informará sobre el pago del arancel de ingreso.

HORARIOS DE POSTGRADOS

De lunes a viernes horario 7am a 1pm
Fecha de Inicio: enero 2027

Fecha de recepción de carpetas: **20 al 30 de julio 2026**
15 al 30 de septiembre 2026

Coordinadora Académica: Dra. Vanessa Parisca
Teléfono: 0416-4164795

ANEXOS

MODELO DE ETIQUETA PARA LAS CARPETAS



Medidas: 10,5 cm de ancho por 6,5 cm de alto. Letra del Membrete: Calibri Cuerpo N° 10, y letra de los datos Calibri Cuerpo N° 16. Colocar foto fondo blanco tamaño carnet.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE RECAUDOS PARA PROCESO DE SELECCIÓN (ASPIRANTE DE NACIONALIDAD VENEZOLANA)

Recaudo	Descripción	Entregado	
		SI	NO
1	Carta de manifestación de voluntad de participar en el proceso de selección para postgrados en cualquiera de sus modalidades en el SPNS. (Anexo)		
2	Una (1) foto reciente, fondo blanco tipo carnet. (No copias).		
3	Fotocopia de la Cedula de Identidad, ampliada al 150%		
4	Carta de Postulación original realizada por un Director(a) de Hospital. Director Regional de Salud de cada estado. (Opcional)		
5	Constancia de (definitiva o provisional) de haber cumplido el Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina (Médicos) firmada por la Máxima Autoridad de Salud del estado		
6	Resumen Curricular (máximo 2 hojas)		
7	Fotocopia clara y legible del título de profesional emitido por una universidad venezolana, debidamente registrado.		
8	Copia de certificación de notas de pregrado.		
9	Copia de Constancia de los cursos de Postgrado, Residencias Asistenciales PNFA (Firmadas y selladas por las autoridades competentes), indicando fecha de inicio y culminación.		
10	Credenciales (Copia) para la valorización de los puntajes del proceso de selección, en el siguiente orden.		
	Desempeño profesional.		
	Desempeño docente.		
	Desempeño científico.		
	Desempeño personal y social.		
11	Carta de aceptación al postgrado		
12	Compromiso de Retribución y Reciprocidad (Anexo)		

Entregar Una carpeta marrón tamaño oficio e identificada, con vista a los originales.

Carpeta: No. Folios ____

Recibido por: _____

En _____, a los __ días, del mes de _____ del año _____.

Todas las hojas deben estar foliadas (enumeradas) por el aspirante.

CARTA DE MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD DE PARTICIPAR EN EL PROCESO DE INGRESO E INSCRIPCIÓN A ESTUDIOS DE IV NIVEL EN CIENCIAS DE LA SALUD EN LA MODALIDAD DE PNFA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SPNS A NIVEL NACIONAL

Yo,_____, titular de la Cédula de Identidad N°_____, profesional del Sistema Público Nacional de Salud, encontrándome en conocimiento y aceptando en su totalidad los requisitos que establece el REGLAMENTO PARA INGRESO E INSCRIPCIÓN A ESTUDIOS DE IV NIVEL EN CIENCIAS DE LA SALUD (PNFA) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SPNS A NIVEL NACIONAL, **MANIFIESTO** mi voluntad de participar en este Proceso.

En _____, a los ____ días del mes de _____ del año____.

Firma

Cédula de Identidad

Pulgar Izquierdo **Pulgar Derecho**

COMPROMISO DE RETRIBUCIÓN Y RECIPROCIDAD

Yo,_____, titular de la Cédula de Identidad N°_____, profesional del SPNS, encontrándome en conocimiento y aceptando los requisitos que establece el REGLAMENTO PARA INGRESO E INSCRIPCIÓN A ESTUDIOS DE IV NIVEL EN CIENCIAS DE LA SALUD (PNFAS) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SPNS A NIVEL NACIONAL, declaro que **CUMPLIRÉ**, con la prestación de servicios profesionales como especialista, de acuerdo al proceso de selección e ingreso en el que participo, en cualquiera de los Centros adscritos del Sistema Público Nacional de Salud, dentro del territorio nacional, durante un lapso no menor al tiempo de duración del período de formación académica, como Retribución y Reciprocidad al Estado Venezolano por su apoyo y financiamiento en la formación recibida de manera gratuita. El cumplimiento de esta Retribución será garantizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y demás entes del SPNS.

En _____, a los ____ días del mes de _____ del año____.

Firma

Cédula de Identidad

Pulgar Izquierdo **Pulgar Derecho**

CARTA COMPROMISO DE DEDICACIÓN EXCLUSIVA

(SOLO A LOS PNFA QUE APLICA SEGÚN LO ESTABLECE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN)

Yo, _____, titular de la Cédula de Identidad Nº _____, declaro que me comprometo a cumplir con el programa de ESTUDIOS DE IV NIVEL EN CIENCIAS DE LA SALUD (PNFAS) en la especialidad de _____a dedicación exclusiva.

Si existiese incumplimiento de esta declaración jurada aceptaré la suspensión definitiva de la Residencia, en cualquier etapa que me encuentre cursando y no podré participar posteriormente en los procesos de selección por un periodo consecutivo de dos (02) años.

En _____, a los ____ días del mes de _____ del año____.

_____

Firma

Cédula de Identidad

Pulgar Izquierdo **Pulgar Derecho**

SEPARADORES

1 CARTA DE MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD DE PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN

2 FOTO TIPO CARNET FONDO BLANCO

3 FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD AMPLIADA

4 CARTA DE POSTULACIÓN

5 RESUMEN CURRICULAR

6 FOTOCOPIA DEL TÍTULO DEBIDAMENTE REGISTRADO

7 AUTENTICACIÓN DEL FONDO NEGRO DEL TÍTULO

8 SACS

9 FOTOCOPIA DE CERTIFICACIÓN DE NOTAS

10 COPIA DE CONSTANCIAS DE CURSOS Y ESTUDIOS REALIZADOS, INVESTIGACIONES O PUBLICACIONES

11 CARTA DE ACEPTACIÓN AL POSTGRADO

12 COMPROMISO DE RETRIBUCIÓN Y RECIPROCIDAD