

## FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

### **Solicitud de inscripción:**

1. La fotografía no debe ser escaneada o impresa. Debe colocarse fotografía original
2. Especificar talla de saco con número
3. Nombre de la Unidad Sede es el Hospital en donde realizarán el SERVICIO SOCIAL (UMF 1 UMF 4, UMF 12 ETC)
4. El rubro de **"PLAZA"** se deja vacío
5. Colocar Firma en original

### **Convenio beca**

1. Nivel educativo: Servicio Social
2. El rubro **ADSCRITO A LA PLAZA NÚMERO**, se deja vacío.
3. Llenar cuidadosamente RFC y CURP
4. En alumno colocar nombre y Firmar en original

### **Pliego testamentario**

1. Nivel educativo: Servicio social
2. Registrar solo familiares directos
3. Firmar en original

### **Solicitud de adhesión al pago con Acreditamiento en cuenta**

1. Fecha: 01- 02 – 2021
2. Matrícula no se anota nada
3. Evitar errores en RFC y CURP (Eso genera retraso en los pagos de hasta 3 meses)
4. Solicitud de apertura de cuenta bancaria dirigida a: no se anota nada
5. Firmar en original
6. Tachar recuadro de Alta de cuenta bancaria / Cuenta nueva y anotar banco, sucursal, No. de cuenta y Clave bancaria estandarizada (CLABE)
7. Este rubro no se firma (lo firma el jefe de personal de sus unidades en donde realizarán el internado)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

EXPEDIENTE PARA LA UNIDAD DONDE HARÁ SU INTERNADO/SERVICIO SOCIAL (DOCUMENTO FÍSICO)	
1	NOMBRAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y DE LA ESCUELA Y/O UNIVERSIDAD (ORIGINAL).
2	CARTA DE PRESENTACION DELEGACIONAL (COPIA)
3	ACTA DE NACIMIENTO, (COPIA) EN TAMAÑO CARTA CON <b>IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES</b>
4	CURP (COPIA) CON IMPRESIÓN <b>NO MAYOR A SEIS MESES</b>
5	HISTORIAL ACADEMICO (ORIGINAL Y COPIA).
6	EXAMEN MEDICO (ORIGINAL Y COPIA). EMITIDO POR LA SSA (NO SE ADMITE IMSS, ISSSTE O PRIVADO).
7	SOLICITUD DE INSCRIPCION FORMATO IMSS (ORIGINAL) CON FOTOGRAFIA Y FIRMA.
8	CONVENIO BECA FORMATO IMSS (ORIGINAL) CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA.
9	PLIEGO TESTAMENTARIO FORMATO IMSS (ORIGINAL) Y LLENADO A MANO.
10	RFC (COPIA) CON <b>IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES</b>
11	IFE/INE (COPIA)
12	COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE (COPIA) CON IMPRESIÓN NO MAYOR A TRES MESES
13	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Asignado/ratificado de la página <a href="http://www.imss.gob.mx">www.imss.gob.mx</a>
14	REGISTRO DE INSCRIPCIÓN IMPRESO DE LA PAGINA <a href="http://educacionensalud.imss.gob.mx/">http://educacionensalud.imss.gob.mx/</a>
15	DOS FOLDER TAMAÑO CARTA COLOR VERDE
EXPEDIENTE ELECTRONICO PARA ENTREGAR EN LA SEDE DELEGACIONAL FORMATO PDF. (Integrar una carpeta con su nombre, anexando y especificando el nombre de cada documento)	
1	<b>IMPRESIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN</b> DE LA PAGINA <a href="http://educacionensalud.imss.gob.mx">http://educacionensalud.imss.gob.mx</a> (después del acto publico)
2	NOMBRAMIENTO DE ASIGNACIÓN DE PLAZA DE LA ESCUELA Y/O UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA (ORIGINAL)
3	NOMBRAMIENTO DE ASIGNACION DE PLAZA DE LA SECRETARIA DE SALUD (COPIA)
4	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Asignado/ratificado de la página <a href="http://www.imss.gob.mx">www.imss.gob.mx</a>
5	ACTA DE NACIMIENTO (COPIA) TAMAÑO CARTA CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
6	IFE/INE (COPIA)
7	RFC (COPIA) CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
8	CURP (COPIA) CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
9	HISTORIAL ACADEMICO (COPIA)
10	<b>EXAMEN MEDICO EMITIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD (Solamente SSA)</b>
	Los siguientes 3 formatos se otorgarán el día del acto público
11	SOLICITUD DE INSCRIPCION FORMATO IMSS ORIGINAL CON FOTOGRAFIA Y FIRMA. (No registrar el número de "Plaza")
12	CONVENIO BECA FORMATO IMSS ORIGINAL CON FOTOGRAFIA Y FIRMA. (No registrar el número de "Plaza")
13	PLIEGO TESTAMENTARIO FORMATO IMSS ORIGINAL Y LLENADO A MANO.
DOCUMENTOS PARA ICLUSION A NOMINA (EN FÍSICO) PARA ENTREGA DELEGACIONAL	
1	CONVENIO BECA FORMATO IMSS (ORIGINAL) CON FOTOGRAFIA Y FIRMA AUTÓGRAFA. (OMITIR EL Numero de plaza9
2	CARTA DE PRESENTACIÓN DELEGACIONAL (ORIGINAL)
3	SOLICITUD DE INSCRIPCION FORMATO IMSS (ORIGINAL) CON FOTOGRAFIA Y FIRMA, OMITIR EL NÚMERO DE PLAZA.
4	ACTA DE NACIMIENTO (COPIA) EN TAMAÑO CARTA CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
5	CURP (COPIA) CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
6	RFC EMITIDO POR EL SAT (COPIA) CON IMPRESIÓN NO MAYOR A SEIS MESES
7	IFE/INE (COPIA)
8	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Asignado/ratificado de la página <a href="http://www.imss.gob.mx">www.imss.gob.mx</a>
9	COPIA DE CONTRATO BANCARIO DE APERTUIRA DE CUENTA EN DONDE SE INCLUYA CLABE INTERBANCARIA (2 COPIAS) ANEXAR LA LEYENDA: "Certifico que mi número de cuenta (especificar) y clabe (especifica) se encuentran vigentes al día de hoy por lo que deslindo al IMSS de toda responsabilidad de no ser así"  <b>(NO SE ACEPTA NINGÚN TIPO DE TARJETA BANAMEX NISCOTIABANK)</b> Nombre, Firma y Fecha.
10	COMPROBANTE DE DOMICILIO (COPIA) NO MAYOR A 3 MESES, ÁREA METROPOLITANA y el cual debe coincidir con su INE (no aplica para foráneos)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD

ESPECIFICACIONES:

- TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERAN SER COPIAS TAMAÑO CARTA Y LLENARSE A MÁQUINA O COMPUTADORA, EXCEPTO EL PLIEGO TESTAMENTARIO QUE ES MANUSCRITO.
- LOS FOLDERS COLOR AZUL DEBERAN LLEVAR EN LA PESTAÑA UNA ETIQUETA BLANCA (LLENARSE A MÁQUINA O COMPUTADORA) CON LOS DATOS DE:
  - APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)
  - ESCUELA,
  - CICLO,
  - UNIDAD SEDE
  - Con la anotación "SERVICIO SOCIAL MÉDICO"



- LES RECUERDO QUE **EL CARNET DEBE SER IMPRESO EN OPALINA, EN MEDIA CARTA TODOS IGUALES** (ES MUY IMPORTANTE PARA QUE PUEDAN RECIBIR ATENCION MEDICA NO HAY BENEFICIARIOS)

[educaciondfsurimss@gmail.com](mailto:educaciondfsurimss@gmail.com)

En caso de dudas para el correcto llenado o de algún requisito enviar correo.

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ ENTREGARSE EL DÍA VIERNES 29 DE ENERO EN LA DELEGACIÓN SUR DEL IMSS CON EL DR. ROMEL MARTÍNEZ VARGAS EN LOS SIGUIENTES HORARIOS SEGÚN LA CLAVE:

9:00 HORAS, DE LA CLAVE 301 A LA 318  
12:00 HORAS DE LA CLAVE 319 A LA 332 Y LAS CLAVES 680, 681 Y 682



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION MÉDICA  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
IMSS SUR DEL D. F.

**CONVENIO BECA PARA ALUMNOS DE PREGRADO**

NIVEL EDUCATIVO QUE SOLICITA: INTERNADO ( ) SERVICIO SOCIAL ( )

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

CARRERA DE \_\_\_\_\_ QUIEN INICIARA ACTIVIDADES A PARTIR DEL:

DIA 01 DEL MES FEBRERO DEL AÑO 2021 Y LO TERMINA EL DIA 31 DEL MES ENERO  
DEL AÑO 2021 ADSCRITO A LA PLAZA NUMERO \_\_\_\_\_ EN LA UNIDAD SEDE \_\_\_\_\_

UBICADO EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD DE MEXICO

ALCALDÍA \_\_\_\_\_ EN LA ENTIDAD FEDERATIVA CIUDAD DE MÉXICO

R. F. C. (CON HOMOCLOVE) \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

RECIBIRA UNA AYUDA ECONOMICA MENSUAL POR \$ 2.400 ( dos mil cuatrocientos pesos 00/100 mn)

Y GRATIFICACION ANUAL DE \$ 2.400 ( dos mil cuatrocientos pesos 00/100 mn)

EL ALUMNO EN CALIDAD DE BECADO SE OBLIGA A CUMPLIR CON LOS PROGRAMAS ACADEMICOS Y OPERATIVOS, EL REGLAMENTO PARA ESTUDIANTES Y LAS NORMAS DEL IMSS.

**ESTE DOCUMENTO NO GENERA DERECHOS CONTRACTUALES**

**POR EL INSTITUTO**

Dr. Jaime Leonardo Sánchez Rivero  
Jefe de los Servicios de Prestaciones Médicas  
OOAD IMSS SUR DF

Dra. Ruth Ramirez Fuentesvilla  
Coordinador Delegacional de Planeación y Enlace  
Institucional  
OOAD IMSS SUR DF

Ciudad de México 1 de Febrero 2021

\_\_\_\_\_  
EL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION MÉDICA  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
IMSS SUR DEL D. F.

**SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA ALUMNOS DE PREGRADO**

**FOTO**

**NIVEL EDUCATIVO QUE SOLICITA:** INTERNADO ( ) SERVICIO SOCIAL ( )

**DATOS DEL ALUMNO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE(S)**

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **SEXO:** M ( ) F ( ) **TRABAJADOR DEL IMSS:** SI ( ) NO ( )

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_ **TALLA SACO:** \_\_\_\_ **Nº. DE CALZADO:** \_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**CALLE NUMERO COLONIA CIUDAD**

**FAMILIAR MAS CERCANO** \_\_\_\_\_

**ESTADO C. P. TELEFONO** \_\_\_\_\_

**R. F. C. (CON HOMOCLOVE)** \_\_\_\_\_ **CURP:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA**

**NOMBRE DE ESCUELA O FACULTAD** \_\_\_\_\_

**CARRERA :** \_\_\_\_\_ **PROMEDIO DE LA CARRERA** \_\_\_\_\_ **CON NUMERO Y LETRA**

**DATOS DE LA UNIDAD SEDE**

**NOMBRE DE LA UNIDAD SEDE** \_\_\_\_\_ **PLAZA:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD FEDERATIVA** \_\_\_\_\_

**FECHA DE INICIO Y TERMINO DEL NIVEL EDUCATIVO CORRESPONDIENTE ( 12 MESES )**

**DEL** \_\_\_\_\_ **AL** \_\_\_\_\_  
**DIA MES AÑO DIA MES AÑO**

**FECHA DE SOLICITUD** \_\_\_\_\_ **01 de Febrero 2021**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_