


Presentarse para su inscripción, con la Dra. Dolores Ramírez Vargas Responsable de Servicio Social de Medicina, en el edificio anexo de las aulas piso 2, aula 2, de la Torre Insignia, Unidad Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, el día **09 Febrero de 2021**, a las \_ con la siguiente documentación:

- 1 fotocopia del Acta de Nacimiento.
- 1 fotocopia de la Constancia de Registro ante el SAT c/CURP (amplificada esta sección a tamaño carta)



- 1 fotografía tamaño Infantil.
  - Original y fotocopia de credencial de elector (ambos lados aumento a media carta cada lado)
  - 1 pluma tinta negra y un Lápiz Adhesivo
  - 1 folder tamaño carta **color ROSA**
  - Original y copia del seguro de vida debidamente llenada y firmada
- ✓ **¡ SER PUNTUAL, ÚNICO DÍA Y HORA, INEXCUSABLE LA DOCUMENTACION SOLICITADA COMPLETA Y EN TAMAÑO CARTA. ACUDIR SOLO EL INTERESADO Y PORTAR CUBREBOCA.**

Presentarse para su inscripción, con la Dra. Dolores Ramírez Vargas Responsable de Servicio Social de Medicina, en el edificio anexo de las aulas piso 2, aula 2, de la Torre Insignia, Unidad Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, el día **09 de enero de 2021**, a las con la siguiente documentación:

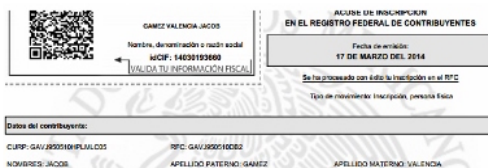
- 1 fotocopia del Acta de Nacimiento.
- 1 fotocopia de la Constancia de Registro ante el SAT c/CURP (amplificada esta sección a tamaño carta)



- 1 fotografía tamaño Infantil.
  - Original y fotocopia de credencial de elector (ambos lados aumento a media carta cada lado)
  - 1 pluma tinta negra y un Lápiz Adhesivo
  - 1 folder tamaño carta **color ROSA**
  - Original y copia del seguro de vida debidamente llenada y firmada
- ✓ **¡ SER PUNTUAL, ÚNICO DÍA Y HORA, INEXCUSABLE LA DOCUMENTACION SOLICITADA COMPLETA Y EN TAMAÑO CARTA. ACUDIR SOLO EL INTERESADO Y PORTAR CUBREBOCA.**

Presentarse para su inscripción, con la Dra. Dolores Ramírez Vargas Responsable de Servicio Social de Medicina, en el edificio anexo de las aulas piso 2, aula 2, de la Torre Insignia, Unidad Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, el día **09 de enero de 2021**, a las \_ con la siguiente documentación:

- 1 fotocopia del Acta de Nacimiento.
- 1 fotocopia de la Constancia de Registro ante el SAT c/CURP (amplificada esta sección a tamaño carta)



- 1 fotografía tamaño Infantil.
  - Original y fotocopia de credencial de elector (ambos lados aumento a media carta cada lado)
  - 1 pluma tinta negra y un Lápiz Adhesivo
  - 1 folder tamaño carta **color ROSA**
  - Original y copia del seguro de vida debidamente llenada y firmada
- ✓ **¡ SER PUNTUAL, ÚNICO DÍA Y HORA, INEXCUSABLE LA DOCUMENTACION SOLICITADA COMPLETA Y EN TAMAÑO CARTA. ACUDIR SOLO EL INTERESADO Y PORTAR CUBREBOCA.**



Presentarse para su inscripción, con la Dra. Dolores Ramírez Vargas Responsable de Servicio Social de Medicina, en el edificio anexo de las aulas piso 2, aula 2, de la Torre Insignia, Unidad Nonoalco-Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, el día **09 de enero de 2021**, a las con la siguiente documentación:

- 1 fotocopia del Acta de Nacimiento.
- 1 fotocopia de la Constancia de Registro ante el SAT c/CURP (amplificada esta sección a tamaño carta)



- 1 fotografía tamaño Infantil.
  - Original y fotocopia de credencial de elector (ambos lados aumento a media carta cada lado)
  - 1 pluma tinta negra y un Lápiz Adhesivo
  - 1 folder tamaño carta **color ROSA**
  - Original y copia del seguro de vida debidamente llenada y firmada
- ✓ **¡ SER PUNTUAL, ÚNICO DÍA Y HORA, INEXCUSABLE LA DOCUMENTACION SOLICITADA COMPLETA Y EN TAMAÑO CARTA. ACUDIR SOLO EL INTERESADO Y PORTAR CUBREBOCA.**

## Designación de beneficiarios

 	<b>DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, PARA APOYO ECONÓMICO EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL E INTERNOS DE PREGRADO DE LAS RAMAS MÉDICA, PARAMÉDICA Y AFINES DE LA SECRETARÍA DE SALUD</b>	REGISTRO DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE  CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN
---	---	--

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

--	--	--

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES (S)</b>
-------------------------	-------------------------	--------------------

--	--	--

**NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUTO**

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

<i>EL APOYO, SÓLO SE PROPORCIONARÁ EN CASO DE:</i>	FECHA DE INGRESO		
* FALLECIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
* INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE	1	2	2021
FECHA DE CONCLUSIÓN			
	DÍA	MES	AÑO
	31	1	2022

**BENEFICIARIOS DESIGNADOS**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO

--	--

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**  
 Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: CIUDAD DE MÉXICO A 01 DE FEBRERO DE 2021

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN LA UNIDAD PERTENECIENTE.

*Los alumnos que eligieron sede en la Secretaría de Salud Cx Mx deberán de presentarse en la dirección señalada el día 9 de febrero con los documentos solicitados de acuerdo a los siguientes horarios y claves de Sedes:*

- Del 333 al 348 de 9:00 a 10:00 horas*
- Del 349 al 364 de 10:00 a 11:00 horas*
- Del 365 al 380 de 11:00 a 12:00 horas*
- Del 381 al 395 de 12:00 a 13:00 horas*