

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, da a conocer el diseño estandarizado de los formatos de trámites con motivo de la aplicación de la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los trámites e información del Gobierno y de las Disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, publicados el 3 de febrero y el 4 de junio de 2015, respectivamente.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Prestaciones Médicas.

AVISO POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRÁMITES CON MOTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA GRÁFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL PARA LOS TRÁMITES E INFORMACIÓN DEL GOBIERNO, Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL, PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO DE 2015, RESPECTIVAMENTE.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracción XXXVII y 268 A, de la Ley del Seguro Social; 5 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 46 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 1, último párrafo, 162 y 163, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2, fracción V, 3, fracción II, inciso g), 4, 6, fracción II, 82, fracciones I, III y IV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como los artículos TERCERO, SEXTO y SÉPTIMO, del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno; y DÉCIMA TERCERA de las Disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional..

CONSIDERANDO

Que el artículo Primero del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 2015, prevé que su objeto es establecer la Ventanilla Única Nacional, como el punto de contacto digital a través del portal de internet www.gob.mx, el cual propiciará la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a éstas y en el ámbito de sus respectivas atribuciones;

Que el referido Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, dispone en sus artículos Tercero, fracciones III y V, Sexto y Séptimo, que la Ventanilla Única Nacional tendrá como objetivos, entre otros, dotar de una imagen institucional integral y homogénea que permita a las personas identificar los diversos canales de atención; así como proporcionar información respecto de los trámites, de manera homologada, estandarizada e integrada; para lo cual, las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán observar los criterios técnicos, metodologías, guías, instructivos, manuales, estándares, principios de homologación y demás instrumentos que emita la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública, en los que se establecerán las directrices y definiciones necesarias para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional del Catálogo y

del Sistema Nacional de Trámites y Servicios; por lo que las dependencias y entidades deberán adecuar los canales de atención para llevar a cabo los trámites en forma estandarizada y homologada;

Que las Disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2015, establece que las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado, deberán contribuir con lo que la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública determine para que la Ventanilla Única Nacional sea el único punto de acceso a sus trámites e información; así como estandarizar los formatos y formularios alineándose a los estándares de diseño, es decir gráfica base y estructura de datos que establezca dicha Unidad;

Que la Dirección de Prestaciones Médicas aplicó el diseño estandarizado previsto por el Decreto y las Disposiciones generales citados, a los formatos de los trámites del IMSS, inscritos en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios, de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria;

Que conforme a las consideraciones y fundamentos expuestos, he tenido a bien expedir el siguiente:

AVISO POR EL CUAL EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS, DA A CONOCER EL DISEÑO ESTANDARIZADO DE LOS FORMATOS DE TRÁMITES CON MOTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA GRÁFICA BASE PREVISTA EN EL MARCO DEL DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL PARA LOS TRÁMITES E INFORMACIÓN DEL GOBIERNO, Y DE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA VENTANILLA ÚNICA NACIONAL, PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO DE 2015, RESPECTIVAMENTE

ARTÍCULO PRIMERO.- Se da a conocer en el “Anexo Único” del presente Aviso, el diseño estandarizado de los formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social que se señalan a continuación, que serán descargables a través del portal www.gob.mx, a los que fue aplicada la gráfica base

Formato	Homoclave del Trámite	Denominación del Trámite
FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado.	IMSS-03-002-A	Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes mexicanos externos al IMSS.
	IMSS-03-002-B	Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes extranjeros.
	IMSS-03-002-C	Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

		C) Aspirantes trabajadores o hijos de trabajadores del IMSS.
FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS.	IMSS-03-005-A	Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes externos al Instituto Mexicano del Seguro Social.
	IMSS-03-005-B	Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social.
	IMSS-03-005-C	Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. C) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social.
FF-IMSS-002 Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS-03-006	Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando no sean alterados y, en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta.

ARTÍCULO TERCERO.- El personal de los Órganos Operativos competentes adscritos a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social que otorgue la atención en ventanilla para la realización de los trámites descritos, deberán proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite y el llenado del formato que corresponda.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Aviso entrará en vigor al día hábil siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Los asuntos que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Aviso se resolverán utilizando los formatos presentados al inicio de los mismos.

TERCERO.- El Instituto Mexicano del Seguro Social realizará las acciones necesarias para efectuar las modificaciones que requieran sus sistemas informáticos para la aplicación de los conceptos que integran el diseño estandarizado requerido por la Ventanilla Única Nacional; en el lapso en que se realicen dichas adecuaciones, el Instituto podrá aplicar dicho diseño estandarizado de forma gradual en aquellos sistemas institucionales que así lo permitan, o que cuenten con la viabilidad técnica para ser modificados. En tanto, los sistemas informáticos seguirán operando conforme a su funcionamiento actual.

CUARTO.- Se abroga el Aviso, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2015, por el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, da a conocer el diseño estandarizado de los formatos de trámites con motivo de la aplicación de la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los trámites e

información del gobierno y de las disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, publicados el 3 de febrero y 4 de junio de 2015.

Dado en la Ciudad de México, al dieciocho del mes de diciembre de dos mil veinticuatro.- Directora de Prestaciones Médicas, Dra. **Alva Alejandra Santos Carrillo**.- Rúbrica.

“Anexo Único”



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

<table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Homoclave del formato</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FF - IMSS - 011</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Fecha de publicación del formato en el DOF</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD / MM / AAAA</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Foto del solicitante</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div> </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Datos generales del solicitante</th> </tr> <tr> <td>CURP:</td> </tr> <tr> <td>RFC:</td> </tr> <tr> <td>Nombres(s):</td> </tr> <tr> <td>Primer apellido:</td> </tr> <tr> <td>Segundo apellido:</td> </tr> <tr> <td>Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA</td> </tr> <tr> <td>Lugar de nacimiento:</td> </tr> <tr> <td>Estado civil:</td> </tr> <tr> <td>Nacionalidad:</td> </tr> <tr> <td>Número de pasaporte (solo extranjeros):</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo:</td> </tr> </table>	Homoclave del formato	FF - IMSS - 011	Fecha de publicación del formato en el DOF	DD / MM / AAAA	Foto del solicitante	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>	Datos generales del solicitante	CURP:	RFC:	Nombres(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:	Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M	Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	Lugar de nacimiento:	Estado civil:	Nacionalidad:	Número de pasaporte (solo extranjeros):	Teléfono fijo:	<table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Folio de Registro IMSS</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Fecha de solicitud del trámite</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DD / MM / AAAA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><small>(*) Datos opcionales</small></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Teléfono móvil:</td> </tr> <tr> <td>Talla de bata:</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> (Ch) Chica <input type="radio"/> (M) Mediana <input type="radio"/> (G) Grande <input type="radio"/> (X) Extra-grande <input type="radio"/> (E) Especial </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">En caso de emergencia comunicarse con</th> </tr> <tr> <td>Nombre (s), primer apellido y segundo apellido:</td> </tr> <tr> <td>Parentesco: Teléfono fijo o móvil: (lada y número)</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Domicilio del solicitante</th> </tr> <tr> <td>Código Postal:</td> </tr> <tr> <td>Calle:</td> </tr> <tr> <td>Número exterior: Número interior:</td> </tr> <tr> <td>Colonia:</td> </tr> <tr> <td>*Localidad:</td> </tr> <tr> <td>Municipio o Alcaldía:</td> </tr> <tr> <td>Entidad Federativa:</td> </tr> <tr> <td>País:</td> </tr> <tr> <td>*Entre que calles (tipo y nombre):</td> </tr> <tr> <td>*Calle posterior (tipo y nombre):</td> </tr> </table>	Folio de Registro IMSS		Fecha de solicitud del trámite	DD / MM / AAAA	<small>(*) Datos opcionales</small>	Teléfono móvil:	Talla de bata:	<input type="radio"/> (Ch) Chica <input type="radio"/> (M) Mediana <input type="radio"/> (G) Grande <input type="radio"/> (X) Extra-grande <input type="radio"/> (E) Especial	En caso de emergencia comunicarse con	Nombre (s), primer apellido y segundo apellido:	Parentesco: Teléfono fijo o móvil: (lada y número)	Domicilio del solicitante	Código Postal:	Calle:	Número exterior: Número interior:	Colonia:	*Localidad:	Municipio o Alcaldía:	Entidad Federativa:	País:	*Entre que calles (tipo y nombre):	*Calle posterior (tipo y nombre):
Homoclave del formato																																										
FF - IMSS - 011																																										
Fecha de publicación del formato en el DOF																																										
DD / MM / AAAA																																										
Foto del solicitante																																										
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>																																										
Datos generales del solicitante																																										
CURP:																																										
RFC:																																										
Nombres(s):																																										
Primer apellido:																																										
Segundo apellido:																																										
Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M																																										
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA																																										
Lugar de nacimiento:																																										
Estado civil:																																										
Nacionalidad:																																										
Número de pasaporte (solo extranjeros):																																										
Teléfono fijo:																																										
Folio de Registro IMSS																																										
Fecha de solicitud del trámite																																										
DD / MM / AAAA																																										
<small>(*) Datos opcionales</small>																																										
Teléfono móvil:																																										
Talla de bata:																																										
<input type="radio"/> (Ch) Chica <input type="radio"/> (M) Mediana <input type="radio"/> (G) Grande <input type="radio"/> (X) Extra-grande <input type="radio"/> (E) Especial																																										
En caso de emergencia comunicarse con																																										
Nombre (s), primer apellido y segundo apellido:																																										
Parentesco: Teléfono fijo o móvil: (lada y número)																																										
Domicilio del solicitante																																										
Código Postal:																																										
Calle:																																										
Número exterior: Número interior:																																										
Colonia:																																										
*Localidad:																																										
Municipio o Alcaldía:																																										
Entidad Federativa:																																										
País:																																										
*Entre que calles (tipo y nombre):																																										
*Calle posterior (tipo y nombre):																																										



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

Domicilio del solicitante

<p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <p>Tipo de administración (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal</p> <p>Derecho de tránsito (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Libre <input type="radio"/> Cuota</p> <p>Código de la carretera:</p> <p>Tramo de la carretera:</p> <p>Cadenamiento o kilómetro:</p>	<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <p>Término genérico (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Brecha <input type="radio"/> Camino <input type="radio"/> Terracería <input type="radio"/> Vereda</p> <p>Tramo del camino:</p> <p>Margen (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/> Izquierdo</p> <p>Cadenamiento:</p>
--	--

Antecedentes académicos

<p>Escuela o facultad de procedencia:</p> <p>Promedio general de calificaciones de la carrera:</p> <p>(Expresada en base numérica 100.00 p. ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)</p> <p>Institución donde realizó el internado médico de pregrado:</p> <p>Promedio general del internado médico de pregrado:</p> <p>(Expresada en base numérica 100.00 p. ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)</p> <p>Institución donde realizó el servicio social:</p> <p>Número de cédula profesional:</p> <p>Título obtenido:</p> <p>Calificación obtenida en el ENARM o ENARE:</p> <p>Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología):</p>	<p>Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas:</p> <p>Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología:</p> <p><input type="radio"/> Especialidad <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado</p>
	<p>En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS</p> <p>Matrícula: Tipo de contratación:</p> <p><input type="radio"/> Base <input type="radio"/> Confianza</p>
	<p>En caso de ser hijo de trabajador de base definitiva del IMSS (activo, jubilado o pensionado)</p> <p>Nombre del padre o la madre:</p> <p>Matrícula del padre o la madre:</p> <p>Unidad de adscripción del padre o la madre (solo trabajadores en activo):</p>



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas**

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

En caso de ser extranjero

Estoy enterado de que, en caso de ser aceptado para cursar una especialidad médica o estomatológica en el IMSS, es a través de un concurso especial para aspirantes extranjeros por lo que, en caso de adquirir la nacionalidad mexicana continuaré participando como extranjero y conservaré mi estatus de extranjero durante todo el proceso de selección y en el curso de especialización al que pudiera ser adscrito hasta su término, e incluso en el caso de dar continuidad a mi formación dentro de un curso de especialización de entrada indirecta o rama dentro del IMSS.

Manifiesto contar con los recursos económicos suficientes para cubrir los costos de alimentación, transportación, alojamiento, atención médica, materiales didácticos, matrícula universitaria y aquellos costos adicionales no contemplados relacionados con las actividades académicas de los cursos de especialización y derivados de mi estancia en el país durante toda la duración del curso de especialización. Así como comprometerme a entregar la documentación probatoria en el momento que el IMSS me lo solicite.

Me comprometo a realizar la aportación económica anual al Fondo de Fomento a la Educación, antes del inicio del curso según las cuotas vigentes que establece el IMSS en el mes de febrero de cada año.

Estoy enterado de que, en caso de ser aceptado es de mi entera responsabilidad gestionar y mantener ante las instancias correspondientes mi situación migratoria de forma legal durante mi estancia en el país, de acuerdo con las disposiciones en esta materia vigentes.

Me comprometo al término de mis estudios a retornar a mi país.

Acepto

Firma

Anote en orden de mayor a menor preferencia, las sedes / subsedes solicitadas, de acuerdo con la selección personal de su conveniencia

Opción	Sede o subsede	OOAD (delegación)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

Anote en orden de mayor a menor preferencia, las sedes / subsedes solicitadas, de acuerdo con la selección personal de su conveniencia

Opción	Sede o subsede	OOAD (delegación)
11		
12		
13		
14		
15		

Firma del solicitante

De ser aceptado en el IMSS para ingresar al curso de especialización, me comprometo a realizar mi especialidad en la Unidad del IMSS que se me asigne y a efectuar los trámites necesarios para inscribirme en la institución educativa que le otorgue el reconocimiento. Acepto ser excluido del sistema, en caso de omitir datos o falsear información.

Respetuosamente

Nombre y firma del solicitante

Requisitos

Esta solicitud deberá presentarse impresa en dos tantos originales con la siguiente documentación en original (solo para su cotejo) y una copia.

** Documentos opcionales

Constancia de seleccionado ENARM / ENARE (según corresponda)

Acta de nacimiento

CURP actualizada

Constancia de término de internado médico

Constancia de término de servicio social

Certificado de calificaciones

Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses)

Cédula profesional

Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte)

**Comprobantes de actividad docente

**Artículos científicos publicados en revistas científicas

**Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante o padres del aspirante)

Nota: Todos los documentos generados en el extranjero deberán acompañarse de apostille y certificación notarial; y en caso de haberse emitido en un idioma distinto al español de la traducción peritada correspondiente.



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

Instrucciones de llenado

Foto del solicitante:

La fotografía vigente del aspirante en tamaño infantil (2.5 cm x 3cm) a color.

Fecha de solicitud del trámite:

La fecha en que realiza la solicitud del trámite.
DD/MM/AAAA.

***Datos opcionales:**

En los rubros marcados con el asterisco aquellos datos que pueden no ser llenados por el solicitante, a menos sea de su voluntad proporcionar dicha información.

CURP:

La CURP del solicitante de acuerdo con el formato vigente emitido por la Secretaría de Gobernación.

RFC:

El Registro Federal de Contribuyentes tal como es emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT)

Primer apellido:

El primer apellido del solicitante tal y como aparece en su acta / certificado de nacimiento.

Segundo apellido:

El segundo apellido del solicitante tal y como aparece en su acta / certificado de nacimiento.

Sexo:

Marque con una X la opción de H para hombre o M para mujer.

Fecha de nacimiento:

La fecha de nacimiento del solicitante como fue consignada en su acta / certificado de nacimiento.

Lugar de nacimiento:

El lugar de nacimiento del solicitante tal y como se encuentra en su acta / certificado de nacimiento.

Estado civil:

El estado civil del solicitante

Nacionalidad:

La nacionalidad del solicitante.

Número de pasaporte:

En caso de un solicitante de nacionalidad extranjera consigne el número de identificación de su pasaporte.

Teléfono fijo:

El número de teléfono fijo de casa u oficina del solicitante.

Teléfono móvil:

El número de teléfono móvil del solicitante.

Talla de bata:

Marque en con un círculo la talla de bata del solicitante.

Código postal:

El código postal de su domicilio particular.

Calle:

La calle de su domicilio particular.

Número:

El número de su vivienda particular

Colonia:

La colonia a la que pertenece su domicilio particular.

Localidad:

La localidad a la que pertenece su domicilio particular.

Municipio o Alcaldía:

El municipio o alcaldía a la que pertenece su domicilio particular.

Entidad Federativa:

El Estado al que pertenece su domicilio particular.

País:

El país al que pertenece su domicilio particular.

Entre que calles:

Las colindancias de la calle de su domicilio particular.

Calle posterior:

La calle inmediata posterior a su domicilio particular.

En caso de ser carretera:

Marque con un círculo el tipo de administración carretera de su domicilio particular.

En caso de emergencia:

El nombre de la persona de contacto en caso de que se presente una emergencia

Parentesco:

El parentesco que tiene con el solicitante el contacto de emergencia

Teléfono fijo o móvil:

El número de teléfono fijo o móvil del contacto de emergencia del solicitante.

Escuela o facultad de procedencia:

El nombre de la institución educativa donde el solicitante curso su formación como médico o estomatólogo.

Promedio general de calificaciones de la carrera:

El promedio final obtenido por el solicitante en su formación como médico o estomatólogo en una escala del 0 a 100.

Institución donde realizó el internado médico de pregrado:

El nombre de la institución donde el solicitante realizó su internado médico (solo médicos).



Gobierno de
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a estudios de posgrado

Instrucciones de llenado

Promedio general del internado médico de pregrado:

La calificación obtenida por el solicitante su internado médico (solo médicos) en una escala de 0 a 100.

Institución donde realizó el servicio social:

La institución donde el solicitante realizó su servicio social.

Número de cédula profesional:

El número de cédula profesional o licencia profesional o del documento que corresponda que le acredita y autoriza para ejercer la medicina o estomatología en el país donde realizó sus estudios como médico o estomatólogo.

Título obtenido:

El título de grado universitario obtenido por el solicitante (título o diploma de grado) que lo acredita como médico o estomatólogo.

Calificación obtenida en el ENARM o ENARE:

La calificación obtenida por la solicitante consignada en su constancia de seleccionado ENARM o ENARE, según corresponda.

Número de años como profesor:

El número de años que desempeñó como docente carreras de nivel superior del área de la salud.

Número de publicaciones científicas:

El número de publicaciones originales como autor o coautor realizadas por el solicitante en revistas indexadas.

Estudios de posgrado:

Marque con un círculo los grados académicos de posgrado que haya cursado el solicitante adicional a la carrera de medicina o estomatología.

Matrícula:

Número de matrícula de trabajador (solo solicitantes trabajadores del IMSS).

Tipo de contratación:

Tipo de contratación con el IMSS (solo solicitantes trabajadores del IMSS).

En caso de ser extranjero:

Firma de conformidad previa lectura a detalle de las condiciones para solicitantes extranjeros.

Nombre del padre o la madre:

El nombre del padre o madre del solicitante (solo hijos de trabajadores del IMSS).

Matrícula del padre o la madre:

El número de matrícula de trabajador IMSS del padre o la madre (solo hijos de trabajadores del IMSS).

Unidad de adscripción del padre o la madre:

La unidad de adscripción IMSS del padre o madre trabajador IMSS en activo del solicitante (solo hijos de trabajador IMSS).

Sedes / subsedes solicitadas:

Colocar en orden de preferencia las sedes o subsedes solicitadas por el solicitante registrado nombre de la sede o subsede y OOAD al que pertenece.

Firma del solicitante:

Anotar Nombre completo y la firma autógrafa tal como aparece en el documento de identidad vigente del solicitante, previo a la lectura de las condiciones de su solicitud.

Homoclave en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios

IMSS-03-002-A Aspirantes mexicanos externos al IMSS

IMSS-03-002-B Aspirantes extranjeros

IMSS-03-002-C Aspirantes trabajadores o hijos de trabajadores del IMSS



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS

Homoclave del formato FF - IMSS - 009	Modalidad del trámite	Folio de Registro IMSS
Fecha de publicación del formato en el DOF DD / MM / AAAA	Fecha de solicitud del trámite DD / MM / AAAA (*) Datos opcionales	

Datos generales del solicitante

Foto del solicitante	Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M
	Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA
CURP:	Lugar de nacimiento:
Nombres(s):	Teléfono (lada y número):
Primer apellido:	Extensión:
Segundo apellido:	Teléfono móvil:
	Correo electrónico:
	Edad:
	Estado civil:

Domicilio del solicitante

Código Postal:	*Localidad:
Calle: <small>(por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	Municipio o Alcaldía:
Número exterior:	Entidad Federativa:
Número interior:	*Entre que calles (tipo y nombre):
Colonia: <small>(por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	*Calle posterior (tipo y nombre):



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS

Domicilio del solicitante

<p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <p>Tipo de administración (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal</p> <p>Derecho de tránsito (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Libre <input type="radio"/> Cuota</p> <p>Código de la carretera:</p> <p>Tramo de la carretera:</p> <p>Cadenamiento o kilómetro:</p>	<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <p>Término genérico (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Brecha <input type="radio"/> Camino <input type="radio"/> Terracería <input type="radio"/> Vereda</p> <p>Tramo del camino:</p> <p>Margen (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/> Izquierdo</p> <p>Cadenamiento:</p>
--	--

Escuela de enfermería del IMSS solicitada

Escuela del IMSS donde solicita la inscripción

Antecedentes escolares estudios de bachillerato

Nombre del panel:

Entidad federativa:

Periodo:

Promedio:

Actividad laboral en el IMSS

Unidad de adscripción en el IMSS:

Antigüedad:

Categoría o puesto:

Domicilio de la Unidad de adscripción en el IMSS

Código Postal:	Municipio o Alcaldía:
Calle:	Entidad Federativa:
(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)	*Entre que calles (tipo y nombre):
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	*Calle posterior (tipo y nombre):
(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, Etc.)	Teléfono fijo
*Localidad:	(lada y número):
	Extensión:



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS

Domicilio de la Unidad de adscripción en el IMSS

<p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <p>Tipo de administración (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal</p> <p>Derecho de tránsito (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Libre <input type="radio"/> Cuota</p> <p>Código de la carretera:</p> <p>Tramo de la carretera:</p> <p>Cadenamiento o kilómetro:</p>	<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <p>Término genérico (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Brecha <input type="radio"/> Camino <input type="radio"/> Terracería <input type="radio"/> Vereda</p> <p>Tramo del camino:</p> <p>Margen (marca con una X):</p> <p><input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/> Izquierdo</p> <p>Cadenamiento:</p>
--	--

Firma del solicitante

Respetuosamente

Nombre y firma del solicitante

Requisitos

Documentos que debe anexar el aspirante.

- Acta de nacimiento (documento original para cotejo) y copia simple.
- Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple.
- Tres fotografías tamaño infantil blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate.
- Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original.
- Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante o padres del aspirante), de acuerdo con la modalidad, copia simple.

Instrucciones de llenado

<p>Modalidad:</p> <p>En caso de ser aspirante externo agregar la letra "A" p.ej. IMSS-03-005-A</p> <p>En caso de ser trabajador agregar la letra "B" p.ej. IMSS-03-005-B y</p> <p>En caso de ser hijo de trabajador agregar la letra "C" p.ej. IMSS-03-005-C</p> <p>La información será registrada por el personal del IMSS.</p>	<p>Folio de Registro IMSS:</p> <p>Número asignado de manera automática por el sistema de registro.</p> <p>Fecha de Solicitud del Trámite:</p> <p>Anotar la fecha de presentación de la solicitud. La información será registrada por el personal del IMSS.</p> <p>Foto del solicitante:</p> <p>Pegar fotografía tamaño infantil en blanco y negro de frente fondo gris claro terminado mate (no instantáneas).</p>
---	---



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc. Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS

Instrucciones de llenado

CURP:

Anotar todas las letras y números correspondientes como aparecen en la Clave Única de Registro de Población.

Nombre:

Anotar el nombre del solicitante.

Primer apellido:

Anotar el primer apellido del solicitante.

Segundo Apellido:

Anotar el segundo apellido del solicitante.

Sexo:

Cruzar con una X; la letra H: en caso de ser hombre y la letra M: en caso de ser mujer.

Fecha de Nacimiento:

Anotar año, mes y día tal y como aparece en su Acta de Nacimiento.

Lugar de Nacimiento:

Anotar Municipio o Alcaldía, Entidad federativa, País y Nacionalidad como aparece en su Acta de Nacimiento.

Teléfono (lada y número):

Anotar el número con clave lada del teléfono fijo donde se localiza al solicitante.

Extensión:

Anotar en su caso el número de la extensión del teléfono fijo donde se localiza al solicitante.

Teléfono móvil:

Anotar el número del teléfono móvil donde se localiza al solicitante.

Correo electrónico:

Anotar completas todas las letras, números y otras claves que lo integren.

Edad:

Anotar en años cumplidos su edad cronológica.

Estado Civil:

Anotar específicamente el nombre que corresponda a su estado civil actual, según las siguientes opciones; soltero, casado, divorciado, unión libre.

Domicilio del solicitante:

Anotar los datos del domicilio del solicitante en los campos que correspondan.

Escuela del IMSS donde solicita la inscripción:

Anotar el nombre de la Escuela de Enfermería del IMSS en donde solicita su inscripción.

Antecedentes Escolares estudios de bachillerato:

Nombre del plantel:

Anotar el nombre del plantel donde cursó el bachillerato.

Entidad Federativa:

Anotar la Entidad Federativa donde se encuentra el plantel donde cursó el bachillerato.

Periodo:

Anotar el día, mes, año (DD/MM/AAAA) de inicio del bachillerato y el día, mes y año (DD/MM/AAAA) de término del bachillerato.

Promedio:

Anotar el promedio final del bachillerato.

Actividad laboral en el IMSS:

Unidad de adscripción en el IMSS:

Anotar la unidad de adscripción del trabajador o del padre o madre.

En caso de ser jubilado o pensionado anotar la última unidad de adscripción.

Antigüedad:

Anotar la antigüedad laboral en el IMSS en el último tarjetón de pago, en caso de jubilado o pensionado, escribir jubilado.

Categoría o puesto:

Anotar la categoría o puesto del trabajador registrado en el último tarjetón de pago.

Domicilio unidad de adscripción en el IMSS:

Aplica exclusivamente para trabajadores IMSS o hijos de trabajadores IMSS.

Nombre y firma del solicitante:

Anotar el nombre completo y la firma autógrafa del solicitante como aparece en su identificación oficial.



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Homoclave del formato

FF - IMSS - 002

Fecha de solicitud del trámite

DD / MM / AAAA

Fecha de publicación del formato en el DOF

DD / MM / AAAA

Datos generales del solicitante

En caso de ser mexicano (a) ingresar CURP y RFC:

CURP:

RFC:

Nombres (s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Edad: Nacionalidad:

Cédula profesional:
(O su equivalente)

Teléfono fijo:
(Lado y número)

Teléfono móvil:
(Lado y número)

Correo electrónico:

Contacto en caso de emergencia:
(indicar nombre y teléfono, código de país, lado y número)

Origen de la solicitud

- Particular
- Institución pública _____
(especifique)

Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

Nombre del curso que solicita

Domicilio del solicitante

Calle:

Número exterior: Número interior:

Colonia: Código Postal:

Municipio o Alcaldía:

Entidad Federativa:

Firma del solicitante

El realizar la solicitud no compromete al Instituto para ser aceptado(a). De ingresar me comprometo a realizar el curso en la unidad médica que el Instituto Mexicano del Seguro Social me asigne, y apegarme a los mecanismos de control, evaluación del programa académico del curso y criterios de permanencia.

Nombre y firma del solicitante



GOBIERNO DE
MÉXICO



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cuahtémoc, Ciudad de México.
Teléfono de contacto 800 623 2323



**Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas**

Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Requisitos

- Oficio en hoja membretada de la institución, cuando la solicitud provenga de alguna institución pública, nacional o extranjera.
- Identificación oficial (INE o Pasaporte vigente).
- CURP (Clave Única de Registro de Población) para solicitantes nacionales o su equivalente en el extranjero.
- Título Universitario del último grado académico.
- Cédula Profesional o su equivalente del último grado académico.
- Seguro de Gastos Médicos Mayores en Salud que cubra como mínimo la duración del curso.
- Certificado Médico de Salud no mayor a un mes de la solicitud.

Presentar original y una copia simple del anverso y reverso de cada documento.

NOTA: En el caso de solicitantes extranjeros, los documentos deberán presentarse con el apostille correspondiente.

Instrucciones de llenado

CURP y RFC en caso de ser mexicano(a):

La Clave Única de Registro de Población y Registro Federal de Contribuyente del solicitante.

Nombre(s)

El nombre(s) del solicitante.

Primer apellido

El primer apellido del solicitante.

Segundo apellido

El segundo apellido del solicitante.

Edad

La edad en años cumplidos del solicitante.

Nacionalidad

La nacionalidad del solicitante.

Cédula profesional (o su equivalente)

El número de cédula profesional o equivalente.

Teléfono fijo (lada y número)

El número de teléfono fijo del solicitante.

Teléfono móvil (lada y número)

El número de teléfono móvil del solicitante.

Correo electrónico

El correo electrónico del solicitante.

Contacto en caso de emergencia (indicar nombre y teléfono, código de país, lada y número)

El nombre de la persona que se contactará en caso de emergencia y el número de teléfono con lada.

Calle

La calle del lugar donde vive.

Número exterior

El número exterior del lugar donde vive.

Número interior

El número interior del lugar donde vive.

Colonia

La colonia del lugar donde vive.

Código Postal

El código postal del lugar donde vive.

Municipio o Alcaldía

El Municipio o Alcaldía al que pertenece el lugar donde vive.

Entidad Federativa

Si el lugar donde vive pertenece a un estado de la república o a la Ciudad de México.

Fecha de solicitud del trámite

El día, mes y año en el que se elabora la solicitud.

Origen de la solicitud

Seleccione con una "X" el origen de la solicitud: particular o institución pública. En caso de tratarse de institución pública colocar el nombre de la institución de que se trate.

Tipo de unidad médica en la que desea realizar el curso

Seleccione con una "X" el nivel de atención al que corresponde la unidad médica en la que desea realizar el curso.

Nombre del curso que solicita

El nombre del curso que solicita.

Nombre y Firma del solicitante

Anotar el nombre completo y la firma autógrafa del solicitante como aparece en su identificación oficial.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Paseo de la Reforma 476, Col. Juárez, C.P. 06600 Alc.
Cauhtémoc, Ciudad de México.

Teléfono de contacto 800 623 2323