

Solicitud de campos clínicos y sedes para instituciones educativas que imparten carreras del área de salud

Homoclave del trámite
IMSS-03-001
Fecha de publicación del formato en el DOF
17 / 09 / 2015 DD MM AAAA

Folio de Registro IMSS
Fecha de solicitud del trámite
DD / MM / AAAA

(*) Datos Opcionales

Datos de la institución educativa

Personas morales
RFC:
Razón social:

Representante legal o apoderado
CURP:
RFC:
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:
Teléfono (lada y número):
Extensión:
Teléfono móvil:
Correo electrónico:

Domicilio del solicitante

Código postal:	
Calle:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	
*Localidad:	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
*Entre que calles (tipo y nombre):	
*Calle posterior (tipo y nombre):	

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

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

Instituto Mexicano del Seguro Social

Datos de la carrera

Nombre:

Nivel:

Ciclo académico:

Duración:

Para internado médico o servicio social

Promoción de inicio solicitada:

Firma del representante legal o apoderado

Respetuosamente

Nombre y firma del representante legal o apoderado

Requisitos

Los siguientes documentos los deberá adjuntar a esta solicitud en original y copia simple, el original sólo es para cotejo y la copia simple formara parte del expediente de la institución educativa solicitante:

Acta constitutiva de la institución o del plantel motivo de la solicitud

Reconocimiento oficial del plan de estudios, de la carrera objeto del trámite, emitido por la secretaría de educación pública (REVOE); o decreto presidencial o incorporación a una universidad reconocida.

Dictamen de opinión favorable del plan de estudios, emitido por el comité de planeación de la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud.

Programa académico, del ciclo académico solicitado.

Original del programa específico, en el que indique el número de grupos y de alumnos solicitados por unidad médica sede.

Original de documento que especifique áreas o servicios de las unidades médicas sede, así como el tipo de personal que se requiere para el ciclo académico solicitado, que tengan relación con el nivel educativo señalado en el programa académico correspondiente.

NOTA 1: Las escuelas y facultades de medicina deberán presentar copia del documento que emita el organismo acreditador vigente. COMAEM.

NOTA 2: Las instituciones educativas deberán tramitar la solicitud cuando menos con seis meses de anticipación al inicio del ciclo solicitado.

Instrucciones de llenado

Folio:

Anotar el número de la delegación seguido por un guión y número consecutivo, p.ej. Aguascalientes 01-001. Los números consecutivos inician el 1o de enero y finalizan el 31 de diciembre de cada año. La información será registrada por el personal del IMSS.

Fecha de solicitud del trámite:

Anotar la fecha de presentación de la solicitud. La información será registrada por el personal del IMSS.

R.F.C.

La clave del registro federal de contribuyentes y la homoclave de la institución educativa.

Razón social:

Anotar la razón social oficial de la institución educativa.

Representante Legal o apoderado

CURP:

Anotar la clave única de registro poblacional del representante legal o apoderado de la institución educativa.

R.F.C.:

Anotar la clave del registro federal de contribuyentes y la homoclave del representante legal o apoderado de la institución educativa.

Nombre:

Anotar el nombre del representante legal o apoderado de la institución educativa.

Primer Apellido:

Anotar el primer apellido del representante legal o apoderado de la institución educativa.

Segundo Apellido:

Anotar el segundo apellido del representante legal o apoderado de la institución educativa.

Teléfono (lada y número):

Anotar el número con clave lada del teléfono fijo donde se localiza al representante legal o apoderado de la institución educativa.

Extensión:

Anotar en su caso el número de la extensión del teléfono fijo donde se localiza al representante legal o apoderado de la institución educativa.

Teléfono móvil:

Anotar en número del teléfono móvil donde se localiza al representante legal o apoderado de la institución educativa.

Correo electrónico:

Anotar la clave de la dirección del correo electrónico del representante legal o apoderado de la institución educativa

Datos de la carrera:

Nombre:

El nombre completo de la carrera.

Nivel:

El nivel académico que solicita la institución educativa (técnico o licenciatura).

Ciclo académico:

Lo que corresponda: Ciclo clínico, internado médico o servicio social.

Duración:

La fecha de inicio y término del ciclo académico.

Para internado médico o servicio social:

Promoción de inicio solicitada

Internado médico: Enero o Julio.

Servicio social: Febrero o Agosto

Nombre y firma del Representante legal o apoderado:

Registrar el nombre completo y la firma autógrafa como aparece en su identificación oficial.

Homoclave del formato

FF-IMSS-010