

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDOS 288/2005 y 490/2005, así como su Anexo Unico, emitidos por el H. Consejo Técnico, por los que se aprueban los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 22 de junio del presente año, dictó el Acuerdo número 288/2005, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 251 fracciones IV y XXXVII, 263 y 264 fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social, y 31 fracciones III, XI y XXVII del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en los Artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, **ACUERDA:**

Primero.- Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria.

Segundo.- Aprobar el Anexo Unico que contiene la información a que se refiere el punto anterior, el cual se acompaña al presente Acuerdo formando parte del mismo, los cuales entrarán en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Tercero.- Instruir a las unidades administrativas de la Dirección de Prestaciones Médicas que apliquen los trámites señalados en el Anexo Unico, a que observen lo dispuesto en este Acuerdo en el desahogo de los mismos y a resolver las dudas o aclaraciones que con motivo de su aplicación se presenten.

Cuarto.- Instruir a la Dirección Jurídica de este Instituto para tramitar la publicación del presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 13 de julio de 2005.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 26 de octubre del presente año, dictó el Acuerdo número 490/2005, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 251 fracciones IV y XXXVII, 263 y 264 fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social y 31 fracciones III, XI y XXVII del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en los Artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, y en términos de la solicitud que presenta la Dirección de Prestaciones Médicas en su oficio 2029 del 17 de octubre de 2005, **ACUERDA:**

Primero.- Ratificar en todas sus partes el Acuerdo 288/2005 dictado por este Organismo de Gobierno en sesión celebrada el 22 de junio de 2005.

Segundo.- Aprobar las adecuaciones propuestas por la Dirección de Prestaciones Médicas al contenido del Anexo Unico del Acuerdo a que se refiere el punto anterior.

Tercero.- Aprobar que el Anexo Unico, con sus modificaciones, forme parte del Acuerdo 288/2005 para efectos de la publicación de ambos documentos en el Diario Oficial de la Federación”.

México, D.F., a 28 de octubre de 2005.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

ANEXO UNICO

Anexo Unico por el que se establecen los plazos máximos de resolución, vigencia de ésta, así como de los datos, formatos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 69-M y 69-O de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
Solicitud de Campos Clínicos y Sedes para Ciclos Clínicos, Internado Médico y Servicio Social para Instituciones Educativas que imparten Carreras en el Area de la Salud	30 días naturales	La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en el programa específico.	Datos <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono • Fax • Correo electrónico • Plantilla de profesores
Solicitud para que Médicos Mexicanos Ingresen como Residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Modalidades: <ul style="list-style-type: none"> • Aspirantes externos para especialidades de entrada directa. • Aspirantes Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social • Aspirantes Hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social 	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de rama o de entrada directa.	Datos <ul style="list-style-type: none"> • Folio CEPEC • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • Registro Federal de Contribuyentes • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de saco o bata • Talla de calzado • Talla de falda o pantalón • Domicilio permanente completo • Teléfono • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado de pregrado • Población donde realizó el servicio social e institución • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Internado de pregrado en el IMSS (si/no) • Servicio Social en el IMSS (si/no) • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Calificación en el internado de pregrado • Promedio de la carrera • Calificación del examen nacional • Ha realizado estudios de posgrado: (si/no) • Nombre de la institución; • Especialidad • Periodo

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
			<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de egreso • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Tipo de contratación –seleccionar- (Aplica sólo en las modalidades: Aspirantes Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y Aspirantes Hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social) • Nombre y Firma del aspirante
<p>Solicitud para que Médicos Extranjeros Ingresen como Residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>Modalidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialidades de entrada directa. • Especialidad de Rama para Médicos Extranjeros no residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social. 	30 días naturales.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica de entrada directa o de rama.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folio CEPEC • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de saco o bata • Talla de calzado • Talla de falda o pantalón • Domicilio permanente completo • Teléfono • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado de pregrado o su equivalente • Población donde realizó (o está realizando) el servicio social e institución, o su equivalente en el país de origen. • Fecha de término del servicio social. • Fecha de examen profesional o su equivalente en el país de origen. • Número de cédula profesional o su equivalente en el país de origen. • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Calificación en el internado de pregrado o su equivalente en el país de origen. • Promedio de la carrera. • Calificación del examen nacional. • Ha realizado estudios de posgrado: (sí/no) • Nombre de la institución • Especialidad • Periodo • Fecha de egreso

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
			<ul style="list-style-type: none"> • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Nombre y Firma del aspirante
Solicitud de Rotaciones Parciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Médicos Residentes de otras Instituciones.	30 días naturales	De acuerdo con el periodo del módulo solicitado y autorizado	<p>Datos</p> <p>Del hospital solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número telefónico. <p>Del Jefe de Enseñanza de la Unidad que solicita la rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Número telefónico <p>De los residentes propuestos para cada rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Especialidad que cursa • Grado de residencia • Servicios o áreas de rotación solicitadas • Duración de la rotación.
Solicitud de Ingreso a la Carrera de Licenciatura en Enfermería en Escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Modalidades	15 días naturales posteriores al término de los exámenes de selección en cada plantel.	Hasta que el aspirante efectúe su inscripción y cubra los requisitos de ingreso a la carrera de enfermería en cada plantel en el periodo solicitado.	<p>Datos</p> <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono • Correo electrónico • Edad; • Sexo; • Estado civil • Lugar de nacimiento • Nacionalidad • Fecha de Nacimiento • Lugar de trabajo; antigüedad; domicilio laboral; teléfono; y puesto que desempeña (aplican sólo en las modalidades: Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social) <p>Antecedentes escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de bachillerato • Nombre del plantel • Entidad Federativa • Periodo • Promedio • Lugar y fecha de la solicitud • Firma <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia Certificada del Acta de Nacimiento; (documento para cotejo) y copia simple. • Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio mínimo de 80, en escala de 100; (documento para cotejo) y copia simple;

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
			<ul style="list-style-type: none"> • Constancia médica expedida por una institución del Sistema Nacional de Salud que acredite la aptitud física y mental del aspirante para realizar las actividades del programa académico; • Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate. • Copia simple del último comprobante de pago (Aplica sólo en las modalidades: Aspirantes Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y Aspirantes Hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social)
<p>Solicitud para que Cirujanos Dentistas Mexicanos ingresen como Residentes en Cirugía Maxilofacial en el IMSS</p> <p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirantes externos para especialidades de entrada directa. • Aspirantes Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social • Aspirantes Hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social 	<p>30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.</p>	<p>Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.</p>	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de saco o bata • Talla de calzado • Talla de falda o pantalón • Domicilio permanente completo • Teléfono • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Población donde realizó (o está realizando) el servicio social e institución. • Fecha de término del servicio social. • Fecha de examen profesional. • Número de cédula profesional. • Número de años como profesor en la escuela o facultad de odontología (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso). • Promedio de la carrera. • Ha realizado estudios de posgrado: (si/no) • Nombre de la institución • Especialidad • Periodo • Fecha de egreso • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tipo de contratación –seleccionar-(Aplica sólo en las modalidades: Aspirantes Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social y Aspirantes Hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social) • Nombre y Firma del aspirante

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
Solicitud para que Cirujanos Dentistas Extranjeros ingresen como Residentes en Cirugía Maxilofacial en el IMSS	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.	Datos <ul style="list-style-type: none"> • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Domicilio permanente completo • Teléfono • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Población donde realizó (o está realizando) el servicio social e institución o su equivalente. • Fecha de término del servicio social. • Fecha de examen profesional o su equivalente en su país de origen. • Número de cédula profesional o su equivalente en su país de origen. • Número de años como profesor en la escuela o facultad de odontología (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso). • Promedio de la carrera. • Ha realizado estudios de posgrado: (si/no) • Nombre de la institución • Especialidad • Periodo • Fecha de egreso • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Nombre y Firma del aspirante
Solicitud para que Médicos Especialistas Mexicanos ingresen o realicen programas de educación continua en el IMSS	60 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en la solicitud del aspirante.	Datos <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de solicitud • Curso solicitado • Institución de procedencia • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Domicilio permanente completo • Domicilio temporal • Teléfono • Correo electrónico • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Especialidad • Institución de procedencia • Fecha de término de la especialidad • Diploma obtenido • Nombre y Firma del aspirante

Nombre del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
			<p>Documentos anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de programa educativo • Acta de nacimiento • Título profesional • Diploma de la especialidad de la que es egresado. • Comprobante de seguro de gastos médicos mayores o de afiliación de la institución en donde se le brinda atención médica. • Certificado de Salud, menor de 30 días. • Comprobante de domicilio. • Identificación oficial con fotografía.
Solicitud para que Médicos Especialistas Extranjeros ingresen o realicen programas de educación continua en el IMSS	60 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en la solicitud del aspirante.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de solicitud • Curso solicitado • Institución de procedencia • Lugar y fecha de nacimiento • Edad del aspirante • Nacionalidad • Estado Civil • Domicilio permanente completo • Domicilio temporal • Teléfono • Correo electrónico • Nombre, dirección o teléfono de la persona que recibirá aviso en caso de urgencias • Escuela o facultad de procedencia • Especialidad • Institución de procedencia • Fecha de término de la especialidad • Diploma obtenido • Nombre y Firma del aspirante <p>Documentos anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de programa educativo • Acta de nacimiento • Título profesional • Diploma de la especialidad de la que es egresado. • Comprobante de seguro de gastos médicos mayores o de afiliación de la institución en donde se le brinda atención médica. • Certificado de Salud, menor de 30 días. • Comprobante de domicilio. • Identificación oficial con fotografía.

Atentamente

Documento aprobado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante Acuerdo 490/2005 de fecha 26 de octubre de 2005.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**.- Rúbrica.

(R.- 226922)