

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 4 de junio de 2015.

Al margen un logotipo, que dice: 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 EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 3 DE FEBRERO Y EL 4 DE JUNIO, DE 2015.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, 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; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 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 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 Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece que las diversas estrategias transversales previstas en dicho plan se aplicarán normativamente a través de programas especiales; derivado de ello, el 30 de agosto de 2013, se publicó en dicho medio de difusión oficial, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, el cual incorpora, entre otros, el objetivo de "Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento";

Que en el marco del objetivo antes referido, se incorporaron como líneas de acción de la Estrategia Digital Nacional las de "Desarrollar una oferta de trámites y servicios de calidad mediante un Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado (CNTSE)" y "Digitalizar los trámites y servicios del CNTSE e incorporarlos al portal www.gob.mx de la Ventanilla Única Nacional", las cuales serán implementadas por las dependencias, entidades e instancias administrativas encargadas de la coordinación de la política en esa materia, que serán de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, a través de los programas respectivos;

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, establece 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, 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; y 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, para lo anterior 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; estandarizar los formatos y formularios alineándose a los estándares de diseño, es decir gráfica base y estructura de datos que establezca dicha Unidad;

Que conforme a lo previsto en el artículo cuarto transitorio del decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno antes citado, la Ventanilla deberá iniciar su operación y funcionamiento dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la entrada en vigor de del Decreto en comento;

Que el Plan de Trabajo formulado por este Instituto de conformidad con 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 cinco etapas en las que de manera gradual se realizará la aplicación de la gráfica base a los formatos que se utilizan en sus trámites;

Que la Dirección de Prestaciones Médicas aplicó el diseño estandarizado previsto por el Decreto y disposiciones citados, a los cuatro formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria;

Que conforme a las consideraciones y fundamentos expuestos, los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación previamente a su aplicación, 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

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, derivado de la aplicación de la gráfica base, 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
Solicitud de campos clínicos y sedes para instituciones educativas que imparten carreras del área de salud	IMSS-03-001	Solicitud de campos clínicos y sedes para ciclos clínicos, internado médico y servicio social para instituciones educativas que imparten carreras en el área de la salud
Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado	IMSS-03-002-A	Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes externos al IMSS para especialidades de entrada directa
	IMSS-03-002-B	Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes trabajadores del IMSS para especialidades de entrada directa
	IMSS-03-002-C	Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. C) Aspirantes hijos de trabajadores del IMSS para especialidades de entrada directa
	IMSS-03-003-A	Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes para especialidades de entrada directa
	IMSS-03-003-B	Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes para especialidades de rama
	IMSS-03-007-A	Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes mexicanos, externos al Instituto Mexicano del Seguro Social

	IMSS-03-007-B	Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes extranjeros, externos al Instituto Mexicano del Seguro Social
	IMSS-03-007-C	Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social. C) Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social
	IMSS-03-007-D	Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social. D) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social
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
Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese o realice programas de educación continua en el Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS-03-006	Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese o realice programas de educación continua 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 en el ARTÍCULO PRIMERO, deberá proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite y el llenado del formato que corresponda.

TRANSITORIOS

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

SEGUNDO.- El presente Acuerdo actualiza la imagen de los formatos de los trámites del Instituto Mexicano del Seguro Social enunciados en el ARTÍCULO PRIMERO de este Acuerdo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio de 2006.

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

CUARTO.- 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 su funcionamiento actual.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiséis días del mes de agosto de dos mil quince.- El Director de Prestaciones Médicas, **Javier Dávila Torres**.- Rúbrica.

"Anexo Único"



Instituto Mexicano del Seguro Social

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
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 calle (tipo y nombre):	
*Calle posterior (tipo y nombre):	

En caso de ser carretera llenar la siguiente información
Tipo de administración (marca con una X):
<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal
Derecho de tránsito (marca 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 (marca 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)"

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFOPRES
COMISIÓN FEDERAL
DE TRANSPARENCIA



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



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 forma 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 secretaria 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 del 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.





Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

Página 2 de 3



Instituto Mexicano del Seguro Social

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER
Comisión Federal
de Mejora Regulatoria



Contacto:

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado

Homoclave del formato
FF-IMSS-011
Fecha de publicación del formato en el DOF
DD / MM / AAAA

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

(*) Datos Opcionales

Campo para foto del solicitante


Datos generales del solicitante
CURP:
RFC:
Nombre(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:
Número de hijos:
Nacionalidad:
Talla de pantalón (28 a 46):
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
Talla de calzado:
Datos del curso especializado
Especialidad solicitada:
Año de inicio del curso:
En caso de emergencia comunicarse con
Nombre(s), primer y segundo apellido:
Parentesco: <input type="text"/> Teléfono fijo (lada y número): <input type="text"/>

Domicilio del solicitante
Código postal:
Calle:
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>
Número exterior: <input type="text"/> Número interior: <input type="text"/>
Colonia:
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>
*Localidad:
Municipio o Delegación:
Estado o Distrito Federal:
*Entre que calle (tipo y nombre):
*Calle posterior (tipo y nombre):
En caso de ser carretera llenar la siguiente información
Tipo de administración (marca con una X): <input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal
Derecho de tránsito (marca 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): <input type="text"/> Teléfono móvil: <input type="text"/>
Correo electrónico: <input type="text"/>
En caso de ser camino llenar la siguiente información
Término genérico (marca 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)

	Contacto: Paseo de la Reforma 476, P.B. Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F. Tel. 01 800 623 23 23 http://atencion.contactoimss.com.mx
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Instituto Mexicano del Seguro Social

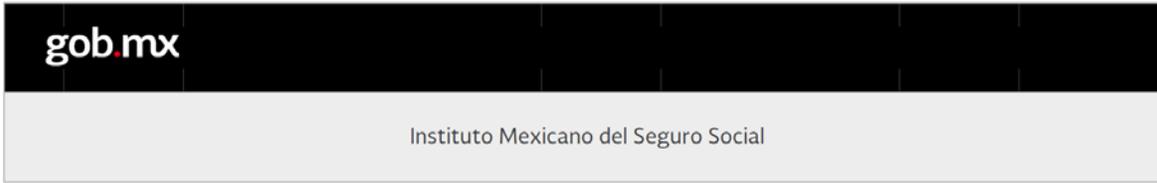
Antecedentes académicos		En caso de ser extranjero (datos en su país de origen)	
Escuela o facultad de procedencia:		Código postal:	
Promedio general de calificaciones de la carrera: (Expresada en base numérica 100.00 p.ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)		Calle: <small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	
Institución donde realizó el internado médico de pregrado:		Número exterior:	Número interior:
Promedio de calificaciones del internado médico de pregrado: (Expresada en base numérica 100.00 p.ej. 9.86 debe apuntarse como 98.60)		Colonia: <small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	
Institución donde realizó el servicio social:		*Localidad:	
Fecha de término del servicio social: DD / MM / AAAA		Municipio o Delegación:	
Fecha de examen profesional: DD / MM / AAAA		Estado o Distrito Federal:	
Número de cédula profesional:	Título obtenido:	*Entre que calle (tipo y nombre):	
Calificación obtenida en el ENARM:		*Calle posterior (tipo y nombre):	
Número de años como profesor en escuela(s) de medicina:		Teléfono fijo (lada y número):	
Número de publicaciones científicas en revistas médicas:		Número de pasaporte:	
En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS		Constancia de solvencia económica. Marque con una X: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Matrícula:	Tipo de contratación: <input type="radio"/> Base <input type="radio"/> Confianza	Constancia de retorno a su país. Marque con una X: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Unidad de adscripción:		<p>NOTA: Estoy enterado de que, en caso de ser aceptado para cursar una especialidad médica en el IMSS, es a través de un concurso especial para aspirantes extranjeros; por lo que, en caso de adquirir la nacionalidad mexicana y desear ejercer los derechos como tal, deberé concursar nuevamente para obtener una plaza de residente nacional, igual que cualquier mexicano.</p> <p>Me comprometo a realizar la aportación económica anual al Fondo de Fomento a la Educación, según las cuotas vigentes que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social en el mes de febrero de cada año.</p> <p>Para las especialidades de Anestesiología, Cirugía, General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, consulte el Sistema de Especialización Médica (página web) y anote, en orden de preferencia las diez opciones de subsede en la que desee realizar el curso de especialización; cada una deberá corresponder a una sede diferente.</p>	
Categoría:	Fecha de ingreso: DD / MM / AAAA		
En caso de ser hijo de trabajador del IMSS (activo, jubilado o pensionado)			
Nombre del padre o de la madre:			
Matrícula del padre o de la madre:			
Unidad de adscripción del padre o de la madre (solo activo):			

Anote en orden de mayor a menos preferencia, las sedes/subsedes, de acuerdo a la selección personal de su conveniencia		
Opción	Sede o Subsede	Delegación
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		






Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc, C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



9		
10		

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 con la siguiente documentación en original (solo para cotejo) y una copia.

Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS);	Constancia del servicio social
Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado (dos tantos);	Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses);
Acta de Nacimiento;	Comprobante de actividades docentes en el área médica;
Acta de Matrimonio (en el caso de ser casado/a);	Artículos científicos publicados en revistas médicas;
Acta de nacimiento de los hijos (si existen);	3 fotografías a color tamaño infantil;
Registro Federal de Causantes (RFC);	Último tarjetón de pago (trabajadores o hijos de trabajadores);
Cédula Única de Registro Poblacional (CURP);	Constancia de solvencia económica (extranjeros);
Cédula Profesional;	Constancia de retorno a su país de origen (extranjeros);
Certificado de calificaciones de la carrera, con promedio;	Documentos migratorios: Pasaporte, Visa y forma FM3 (extranjeros).
Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones);	

Instrucciones de llenado

Nombre y apellidos deben anotarse exactamente como están en su acta de nacimiento.
 Lugar y fecha de nacimiento, deberán coincidir con los escritos en su acta de nacimiento.
 CURP "Clave Única de Registro Poblacional" es INDISPENSABLE (incluyendo médicos extranjeros)
 Fecha de examen profesional deberá corresponder a la anotada en el acta del mismo.
 Número de cédula profesional; anote la otorgada en su país.
 Título obtenido; anote el nombre completo de la licenciatura como está escrito en su título profesional.
 ENARM significa Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.
 Firma del solicitante: Registre su firma autógrafa como aparece en su Identificación Oficial.

Homoclave en el Registro Federal de Trámites y Servicios:

- IMSS-03-002-A
- IMSS-03-002-B
- IMSS-03-002-C
- IMSS-03-003-A
- IMSS-03-003-B
- IMSS-03-007-A
- IMSS-03-007-B
- IMSS-03-007-C
- IMSS-03-007-D



Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud de inscripción a la licenciatura de enfermería en escuelas de enfermería del IMSS

Homoclave del trámite	Modalidad
IMSS-03-005	
Fecha de publicación del formato en el DOF	
DD / MM / AAAA	

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

(*) Datos Opcionales

Datos generales del solicitante

Foto del solicitante

CURP:
Nombre(s)
Primer apellido:
Segundo apellido:

Sexo:	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M
Fecha de nacimiento:	DD / MM / AAAA	
Lugar de nacimiento:		
Teléfono (lada y número):		
Extensión:		
Teléfono móvil:		
Correo electrónico:		
Edad:		
Estado civil:		

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER
de Enfermería



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuahtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Escuela de enfermería del IMSS solicitada

Escuela del IMSS donde solicita la inscripción:

Antecedentes escolares estudios de bachillerato

Nombre del plantel:
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:	
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 calle (tipo y nombre):	
*Calle posterior (tipo y nombre):	
Teléfono fijo (lada y número):	
Extensión:	

En caso de ser carretera llenar la siguiente información

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

Firma del solicitante

Respetuosamente

Nombre y firma del solicitante



Contacto:
Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Requisitos

Documentos que debe anexar el aspirante.

Copia certificada del acta de nacimiento (sólo para cotejo) y copia simple.
Copia certificada de bachillerato (sólo para cotejo) y copia simple.
Tres fotografías tamaño infantil blanco y negro.
Solicitud de inscripción.

Instrucciones de llenado

Modalidad:

En caso de ser aspirante externo agregar la letra "A" p.ej. IMSS-03-005-A
En caso de ser trabajador agregar la letra "B" p.ej. IMSS-03-005-B y
En caso de ser hijo de trabajador agregar la letra "C" p.ej. IMSS-03-005-C
La información será registrada por el personal del IMSS.

Folio:

Anotar el número de la delegación seguido por un guion y número consecutivo, (p.ej. Delegación Distrito Federal Sur 37-001)
En el caso de Sonora anotar el número de la delegación seguido de "O" para la escuela de Ciudad Obregón, (p.ej. 27-O-001) y el número consecutivo y "H" para la escuela de Hermosillo y número consecutivo, (p.ej. 27-H-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.

Foto del solicitante:

Pegar fotografía tamaño infantil en blanco y negro de frente fondo gris claro terminado mate (no instantáneas).

CURP:

Anotar todas las letras y números correspondientes como aparecen en el Registro Poblacional.

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, Estado, 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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOFIMER
Comisión Federal
de Ingresos Municipales

Contacto:

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación
Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



Instituto Mexicano del Seguro Social

Instrucciones de llenado

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 el estado o Distrito Federal 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 como aparece en su identificación oficial.

Homoclave del formato
FF-IMSS-009





Instituto Mexicano del Seguro Social

Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese o realice programas de educación continua en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Homoclave del trámite		
IMSS-03-006		
Fecha de publicación del formato en el DOF		
DD	MM	AAAA

Homoclave del formato		
FF-IMSS-002		
Fecha de solicitud del trámite		
DD	MM	AAAA

Datos de la persona solicitante	
CURP en caso de ser mexicano(a):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Edad:	Nacionalidad:
Cédula profesional (o su equivalente):	
Cédula profesional de especialista (o su equivalente):	
Teléfono fijo (lada y número):	
Correo electrónico:	
Contacto en caso de emergencia (indicar nombre y teléfono lada y número):	
Domicilio de la persona solicitante	
Código postal:	
Calle:	
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Avila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>	
Número exterior:	Número interior:
Colonia:	
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	
Municipio o Delegación:	
Estado o Distrito Federal:	
Requisitos	
Identificación Oficial	
CURP	
Título Universitario de Licenciatura	
Título Universitario Especialidad (o comprobante de su trámite)	
Cédula Profesional del último grado de estudios cursado (o comprobante de su trámite)	
Seguro Médico de Gastos Mayores en Salud	
Certificado Médico de Salud	
<small>(Presentar original y una copia simple de cada uno)</small>	

Fecha del curso solicitado	
Inicio:	DD / MM / AAAA
Fin:	DD / MM / AAAA
Origen de la solicitud	
<input type="radio"/> Particular	
<input type="radio"/> Institución pública _____	
<small>(especifique)</small>	
Modalidad del curso que solicita	
<input type="radio"/> Monográfico	
<input type="radio"/> Monográfico con prácticas	
<input type="radio"/> Congreso	
<input type="radio"/> Diplomado	
<input type="radio"/> Adiestramiento en servicio	
Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso	
<input type="radio"/> Primer nivel de atención	
<input type="radio"/> Segundo nivel de atención	
<input type="radio"/> Tercer nivel de atención	
Estado de la República Mexicana en donde se ubica la Unidad Médica en donde solicita realizar el curso:	
Nombre del curso que solicita	
Firma	
De ser aceptado(a), 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 y evaluación del programa académico del curso.	
Firma de la persona solicitante	

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)






Contacto:
 Paseo de la Reforma 476, P.B.
 Col. Juárez, Delegación
 Cuauhtémoc C.P. 06600 D.F.
 Tel. 01 800 623 23 23
<http://atencion.contactoimss.com.mx>