

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ACUERDO ACDO.SA2.HCT.181224/485.P.DPM, relativo a la aprobación de los plazos máximos de resolución y vigencia, los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites, así como el aviso para publicar los formatos de dichos trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, acorde a 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.**

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

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 18 de diciembre del presente año, dictó el Acuerdo **ACDO.SA2.HCT.181224/485.P.DPM**, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracción XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales; 46, 47 y 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme al planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la persona titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, en términos del oficio 827 del 05 de diciembre de 2024, así como del pronunciamiento de los integrantes del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, derivado del análisis efectuado en reunión virtual celebrada el día 29 de noviembre de 2024; **Acuerda: Primero.-** Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, los datos y los documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites, los cuales se describen en el Anexo Único del presente Acuerdo; así como los formatos de dichos 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, conforme al planteamiento de la Dirección enunciada. **Segundo.-** Dejar sin efectos el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270922/283.P.DPM, emitido por este Órgano de Gobierno en sesión celebrada el día 27 de septiembre de 2022, que no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, así como el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260815/178.P.DPM, emitido por este Órgano de Gobierno en sesión celebrada el día 26 de agosto de 2015, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2015. **Tercero.-** Instruir a las Unidades Administrativas de la Dirección de Prestaciones Médicas que apliquen los trámites señalados en el Anexo Único referido en el punto Primero del presente Acuerdo, a que observen lo dispuesto en el mismo para el desahogo de los trámites en cuestión y a resolver las dudas o aclaraciones que, con motivo de su aplicación se presenten. **Cuarto.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que, previa resolución de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, realice los trámites necesarios para la publicación del presente Acuerdo y su respectivo Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación. **Quinto.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** Instruir a la Unidad de Integridad y Transparencia que, en términos del artículo 47 de la Ley General de Mejora Regulatoria, realice las acciones necesarias ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, para la actualización de la información inscrita en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios respecto de los trámites que se señalan en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Séptimo.-** Tomar conocimiento del Aviso que debe publicar el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, con el apoyo de la Dirección Jurídica, para dar 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, conforme a lo aprobado por este Órgano de Gobierno en el presente Acuerdo”.

Atentamente.

Ciudad de México, 18 de diciembre de 2024.- Secretario General, Dr. **Jorge Gaviño Ambriz**.- Rúbrica.

## ANEXO ÚNICO

Anexo Único por el que se establecen los datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como los plazos máximos de resolución y la vigencia de esta, en relación con los trámites en materia de prestaciones médicas, de conformidad con el artículo 46 de la Ley General de Mejora Regulatoria.

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes mexicanos externos al IMSS.</p>	IMSS-03-002-A	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 o estomatológica	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Homoclave del formato</li> <li>Fecha de publicación del formato en el DOF</li> <li>Folio de registro IMSS</li> <li>Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos generales del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Foto del solicitante</li> <li>CURP</li> <li>RFC</li> <li>Nombre(s)</li> <li>Primer apellido</li> <li>Segundo apellido</li> <li>Sexo (H / M)</li> <li>Fecha de nacimiento</li> <li>Lugar de nacimiento.</li> <li>Estado civil</li> <li>Nacionalidad</li> <li>Número de pasaporte (solo extranjeros)</li> <li>Teléfono fijo</li> <li>Teléfono móvil</li> <li>Talla de bata</li> </ul> <p><b>Domicilio del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Código postal</li> <li>Calle:</li> <li>Número exterior y/o interior</li> <li>Colonia</li> <li>Localidad</li> <li>Municipio o Alcaldía</li> <li>Entidad Federativa</li> <li>País</li> <li>Entre que calles</li> <li>Calle posterior</li> <li>En caso de ser carretera <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de administración</li> <li>Derecho de tránsito</li> <li>Código de la carretera</li> <li>Tramo de la carretera</li> <li>Cadenamiento o kilómetro</li> </ul> </li> <li>En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none"> <li>Termino genérico</li> <li>Margen</li> <li>Cadenamiento</li> </ul> </li> </ul> <p><b>En caso de emergencia comunicarse con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre(s), primer apellido y segundo apellido</li> <li>Parentesco</li> <li>Teléfono fijo o móvil</li> </ul> <p><b>Antecedentes académicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escuela o facultad de procedencia</li> <li>Promedio general de calificaciones de la carrera</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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"> <li>• Institución donde realizó el internado médico de pregrado</li> <li>• Promedio general del internado médico de pregrado</li> <li>• Institución donde realizó el servicio social</li> <li>• Número de cédula profesional</li> <li>• Título obtenido</li> <li>• Calificación obtenida en el ENARM o ENARE</li> <li>• Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología)</li> <li>• Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas</li> <li>• Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología</li> </ul> <p><b>Sedes / subsedes solicitadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera opción de sede o subsede</li> <li>• Segunda opción de sede o subsede</li> <li>• Tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Quinta opción de sede o subsede</li> <li>• Sexta opción de sede o subsede</li> <li>• Séptima opción de sede o subsede</li> <li>• Octava opción de sede o subsede</li> <li>• Novena opción de sede o subsede</li> <li>• Décima opción de sede o subsede</li> <li>• Undécima opción de sede o subsede</li> <li>• Duodécima opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo quinta opción de sede o subsede</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original.</li> <li>• Acta de nacimiento, una copia</li> <li>• CURP actualizada, una copia</li> <li>• Constancia de término de internado médico, una copia</li> <li>• Constancia de término de servicio social, una copia</li> <li>• Certificado de calificaciones, una copia</li> <li>• Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), una copia</li> <li>• Cédula profesional, una copia</li> <li>• Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), una copia</li> <li>• Comprobantes de actividad docente, una copia</li> <li>• Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia</li> </ul> <p>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.</p>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes extranjeros.</p>	IMSS-03-002-B	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 o estomatológica	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homoclave del formato</li> <li>• Fecha de publicación del formato en el DOF</li> <li>• Folio de registro IMSS</li> <li>• Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos generales del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto del solicitante</li> <li>• CURP</li> <li>• RFC</li> <li>• Nombre(s)</li> <li>• Primer apellido</li> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Sexo (H / M)</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Lugar de nacimiento.</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Nacionalidad</li> <li>• Número de pasaporte (solo extranjeros)</li> <li>• Teléfono fijo</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Talla de bata</li> </ul> <p><b>Domicilio del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código postal</li> <li>• Calle:</li> <li>• Número exterior y/o interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• País</li> <li>• Entre que calles</li> <li>• Calle posterior</li> <li>• En caso de ser carretera <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de administración</li> <li>Derecho de tránsito</li> <li>Código de la carretera</li> <li>Tramo de la carretera</li> <li>Cadenamiento o kilómetro</li> </ul> </li> <li>• En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none"> <li>Termino genérico</li> <li>Margen</li> <li>Cadenamiento</li> </ul> </li> </ul> <p><b>En caso de emergencia comunicarse con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre(s), primer apellido y segundo apellido</li> <li>• Parentesco</li> <li>• Teléfono fijo o móvil</li> </ul> <p><b>Antecedentes académicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela o facultad de procedencia</li> <li>• Promedio general de calificaciones de la carrera</li> <li>• Institución donde realizó el internado médico de pregrado</li> <li>• Promedio general del internado médico de pregrado</li> <li>• Institución donde realizó el servicio social</li> <li>• Número de cédula profesional</li> <li>• Título obtenido</li> <li>• Calificación obtenida en el ENARM o ENARE</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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"> <li>• Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología)</li> <li>• Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas</li> <li>• Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología</li> </ul> <p><b>En caso de ser extranjero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepto, Firma (Firma de conformidad previa lectura a detalle de las condiciones para solicitantes extranjeros)</li> </ul> <p><b>Sedes / subsedes solicitadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera opción de sede o subsede</li> <li>• Segunda opción de sede o subsede</li> <li>• Tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Quinta opción de sede o subsede</li> <li>• Sexta opción de sede o subsede</li> <li>• Séptima opción de sede o subsede</li> <li>• Octava opción de sede o subsede</li> <li>• Novena opción de sede o subsede</li> <li>• Décima opción de sede o subsede</li> <li>• Undécima opción de sede o subsede</li> <li>• Duodécima opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo quinta opción de sede o subsede</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original.</li> <li>• Acta de nacimiento, original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• CURP actualizada, una copia</li> <li>• Constancia de término de internado médico, original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Constancia de término de servicio social, original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Certificado de calificaciones, original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Cédula profesional, original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), original para cotejo y una copia certificada y apostillada</li> <li>• Comprobantes de actividad docente, original para cotejo y una copia</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes trabajadores o hijos de trabajadores del IMSS.</p>	IMSS-03-002-C	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 o estomatológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia</li> </ul> <p>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.</p> <p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homoclave del formato</li> <li>• Fecha de publicación del formato en el DOF</li> <li>• Folio de registro IMSS</li> <li>• Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos generales del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto del solicitante</li> <li>• CURP</li> <li>• RFC</li> <li>• Nombre(s)</li> <li>• Primer apellido</li> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Sexo (H / M)</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Lugar de nacimiento.</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Nacionalidad</li> <li>• Número de pasaporte (solo extranjeros)</li> <li>• Teléfono fijo</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Talla de bata</li> </ul> <p><b>Domicilio del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código postal</li> <li>• Calle:</li> <li>• Número exterior y/o interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• País</li> <li>• Entre que calles</li> <li>• Calle posterior</li> <li>• En caso de ser carretera <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de administración</li> <li>Derecho de tránsito</li> <li>Código de la carretera</li> <li>Tramo de la carretera</li> <li>Cadenamiento o kilómetro</li> </ul> </li> <li>• En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none"> <li>Termino genérico</li> <li>Margen</li> <li>Cadenamiento</li> </ul> </li> </ul> <p><b>En caso de emergencia comunicarse con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre(s), primer apellido y segundo apellido</li> <li>• Parentesco</li> <li>• Teléfono fijo o móvil</li> </ul> <p><b>Antecedentes académicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela o facultad de procedencia</li> <li>• Promedio general de calificaciones de la carrera</li> <li>• Institución donde realizó el internado médico de pregrado</li> <li>• Promedio general del internado médico de pregrado</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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"> <li>• Institución donde realizó el servicio social</li> <li>• Número de cédula profesional</li> <li>• Título obtenido</li> <li>• Calificación obtenida en el ENARM o ENARE</li> <li>• Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología)</li> <li>• Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas</li> <li>• Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología</li> </ul> <p><b>En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrícula</li> <li>• Tipo de contratación</li> </ul> <p><b>En caso de ser hijo de trabajador de base definitiva del IMSS (activo, jubilado o pensionado):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del padre o la madre</li> <li>• Matrícula del padre o la madre</li> <li>• Unidad de adscripción del padre o la madre (solo trabajadores en activo)</li> </ul> <p><b>Sedes / subsedes solicitadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera opción de sede o subsede</li> <li>• Segunda opción de sede o subsede</li> <li>• Tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Quinta opción de sede o subsede</li> <li>• Sexta opción de sede o subsede</li> <li>• Séptima opción de sede o subsede</li> <li>• Octava opción de sede o subsede</li> <li>• Novena opción de sede o subsede</li> <li>• Décima opción de sede o subsede</li> <li>• Undécima opción de sede o subsede</li> <li>• Duodécima opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo tercera opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo cuarta opción de sede o subsede</li> <li>• Décimo quinta opción de sede o subsede</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original</li> <li>• Acta de nacimiento, una copia</li> <li>• CURP actualizada, una copia</li> <li>• Constancia de término de internado médico, una copia</li> <li>• Constancia de término de servicio social, una copia</li> <li>• Certificado de calificaciones, una copia</li> <li>• Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), una copia</li> <li>• Cédula profesional, una copia</li> <li>• Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), una copia</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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"> <li>• Comprobantes de actividad docente, una copia</li> <li>• Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia</li> <li>• Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante o padres del aspirante)</li> </ul> <p>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.</p>
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes externos al IMSS.</p>	IMSS-03-005-A	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homoclave del formato</li> <li>• Fecha de Publicación del formato en el DOF</li> <li>• Modalidad del Trámite</li> <li>• Folio de Registro IMSS</li> <li>• Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos Generales del aspirante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto del solicitante</li> <li>• CURP</li> <li>• Nombre</li> <li>• Primer apellido</li> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Sexo (H / M)</li> <li>• Fecha de Nacimiento</li> <li>• Lugar de nacimiento</li> <li>• Teléfono (lada y número)</li> <li>• Extensión</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> </ul> <p><b>Domicilio del Solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código Postal</li> <li>• Calle</li> <li>• Número Exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía.</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>• Calle posterior (tipo y nombre)</li> </ul> <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de administración</li> <li>• Derecho de Transito</li> <li>• Código de la Carretera</li> <li>• Tramo de la Carretera</li> <li>• Cadenamiento o Kilometro</li> </ul> <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Término genérico</li> <li>• Tramo del camino</li> <li>• Margen</li> <li>• Cadenamiento</li> </ul> <p><b>Escuela de Enfermería Solicitada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela del IMSS donde solicita la inscripción</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p><b>Antecedentes escolares estudios de bachillerato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre del plantel</li> <li>Entidad Federativa</li> <li>Periodo</li> <li>Promedio</li> </ul> <p><b>Actividad laboral en el IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad de adscripción en el IMSS</li> <li>Antigüedad</li> <li>Categoría o puesto</li> </ul> <p><b>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Código postal</li> <li>Calle</li> <li>Número Exterior</li> <li>Número Interior</li> <li>Colonia</li> <li>Localidad</li> <li>Municipio o Alcaldía</li> <li>Entidad Federativa</li> <li>Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>Calle posterior (tipo y nombre)</li> <li>Teléfono fijo (lada y número)</li> <li>Extensión</li> </ul> <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de administración</li> <li>Derecho de tránsito</li> <li>Código de la Carretera</li> <li>Tramo de la Carretera</li> <li>Cadenamiento o Kilometro</li> </ul> <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Término genérico</li> <li>Tramo de camino</li> <li>Margen</li> <li>Cadenamiento</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos anexos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate</li> <li>Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original.</li> </ul>
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes trabajadores del IMSS.</p>	IMSS-03-005-B	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Homoclave del formato</li> <li>Fecha de Publicación del formato en el DOF</li> <li>Modalidad del Trámite</li> <li>Folio de Registro IMSS</li> <li>Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos Generales del aspirante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Foto del solicitante</li> <li>CURP</li> <li>Nombre</li> <li>Primer apellido</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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"> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Sexo (H / M)</li> <li>• Fecha de Nacimiento</li> <li>• Lugar de nacimiento</li> <li>• Teléfono (lada y número)</li> <li>• Extensión</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li><b>Domicilio del Solicitante</b></li> <li>• Código Postal</li> <li>• Calle</li> <li>• Número Exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía.</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>• Calle posterior (tipo y nombre)</li> <li>En caso de ser carretera llenar la siguiente información.</li> <li>• Tipo de administración</li> <li>• Derecho de Transito</li> <li>• Código de la Carretera</li> <li>• Tramo de la Carretera</li> <li>• Cadenamiento o Kilometro</li> <li>En caso de ser camino llenar la siguiente información</li> <li>• Término genérico</li> <li>• Tramo del camino</li> <li>• Margen</li> <li>• Cadenamiento</li> <li><b>Escuela de Enfermería Solicitada</b></li> <li>• Escuela del IMSS donde solicita la inscripción</li> <li><b>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</b></li> <li>• Nombre del plantel</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Periodo</li> <li>• Promedio</li> <li><b>Actividad laboral en el IMSS</b></li> <li>• Unidad de adscripción en el IMSS</li> <li>• Antigüedad</li> <li>• Categoría o puesto</li> <li><b>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</b></li> <li>• Código postal</li> <li>• Calle</li> <li>• Número Exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>• Calle posterior (tipo y nombre)</li> <li>• Teléfono fijo (lada y número)</li> <li>• Extensión</li> <li>En caso de carretera llenar la siguiente información.</li> <li>• Tipo de administración</li> <li>• Derecho de tránsito</li> <li>• Código de la Carretera</li> <li>• Tramo de la Carretera</li> <li>• Cadenamiento o Kilometro</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Término genérico</li> <li>• Tramo de camino</li> <li>• Margen</li> <li>• Cadenamiento</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos anexos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>• Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>• Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate</li> <li>• Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original</li> <li>• Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante), copia simple.</li> </ul>
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. C) Aspirantes hijos de trabajadores del IMSS.</p>	IMSS-03-005-C	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homoclave del formato</li> <li>• Fecha de Publicación del formato en el DOF</li> <li>• Modalidad del Trámite</li> <li>• Folio de Registro IMSS</li> <li>• Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos Generales del aspirante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto del solicitante</li> <li>• CURP</li> <li>• Nombre</li> <li>• Primer apellido</li> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Sexo (H / M)</li> <li>• Fecha de Nacimiento</li> <li>• Lugar de nacimiento</li> <li>• Teléfono (lada y número)</li> <li>• Extensión</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> </ul> <p><b>Domicilio del Solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código Postal</li> <li>• Calle</li> <li>• Número Exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>• Calle posterior (tipo y nombre)</li> </ul> <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de administración</li> <li>• Derecho de Transito</li> <li>• Código de la Carretera</li> <li>• Tramo de la Carretera</li> <li>• Cadenamiento o Kilometro</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Término genérico</li> <li>• Tramo del camino</li> <li>• Margen</li> <li>• Cadenamiento</li> </ul> <p><b>Escuela de Enfermería Solicitada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela del IMSS donde solicita la inscripción</li> </ul> <p><b>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del plantel</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Período</li> <li>• Promedio</li> </ul> <p><b>Actividad laboral en el IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de adscripción en el IMSS</li> <li>• Antigüedad</li> <li>• Categoría o puesto</li> </ul> <p><b>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código postal</li> <li>• Calle</li> <li>• Número Exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia</li> <li>• Localidad</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad Federativa</li> <li>• Entre que calles (tipo y nombre)</li> <li>• Calle posterior (tipo y nombre)</li> <li>• Teléfono fijo (lada y número)</li> <li>• Extensión</li> </ul> <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de administración</li> <li>• Derecho de tránsito</li> <li>• Código de la Carretera</li> <li>• Tramo de la Carretera</li> <li>• Cadenamiento o Kilometro</li> </ul> <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Término genérico</li> <li>• Tramo de camino</li> <li>• Margen</li> <li>• Cadenamiento</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos anexos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>• Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple</li> <li>• Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate</li> <li>• Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original</li> <li>• Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (padres del aspirante), copia simple.</li> </ul>

Denominación del Trámite	Homoclave 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 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	60 días naturales	La vigencia es de un año a partir de la fecha de solicitud del trámite y únicamente para el curso solicitado.	<p><b>Formato para utilizar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p><b>Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homoclave del trámite</li> <li>• Fecha de Publicación en el DOF</li> <li>• Homoclave del formato</li> <li>• Fecha de solicitud del trámite</li> </ul> <p><b>Datos generales del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CURP y RFC en caso de ser mexicano(a)</li> <li>• Nombre(s)</li> <li>• Primer apellido</li> <li>• Segundo apellido</li> <li>• Edad</li> <li>• Nacionalidad</li> <li>• Cédula profesional (o su equivalente)</li> <li>• Teléfono fijo</li> <li>• Teléfono móvil</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono, código de país, lada y número)</li> </ul> <p><b>Domicilio del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calle</li> <li>• Número exterior</li> <li>• Número Interior</li> <li>• Colonia)</li> <li>• Código Posta</li> <li>• Municipio o Alcaldía</li> <li>• Entidad federativa</li> </ul> <p><b>Origen de la solicitud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Particular,</li> <li>• Institución Pública (Especificar)</li> </ul> <p><b>Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer nivel de atención</li> <li>• Segundo nivel de atención</li> <li>• Tercer nivel de atención</li> </ul> <p><b>Nombre del curso que solicita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificar</li> </ul> <p><b>Firma del solicitante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y firma del solicitante</li> </ul> <p><b>Documentos anexos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio en hoja membretada de la institución, cuando la solicitud provenga de alguna institución pública, nacional o extranjera.</li> <li>• Identificación oficial (INE o Pasaporte vigente).</li> <li>• CURP (Clave Única de Registro de Población) para solicitantes nacionales o su equivalente en el extranjero.</li> <li>• Título Universitario del último grado académico.</li> <li>• Cédula Profesional o su equivalente del último grado académico.</li> <li>• Seguro de Gastos Médicos Mayores en Salud que cubra como mínimo la duración del curso.</li> <li>• Certificado Médico de Salud no mayor a un mes de la solicitud.</li> </ul> <p>Presentar original y una copia simple del anverso y reverso de cada documento.</p> <p>NOTA: En el caso de solicitantes extranjeros, los documentos deberán presentarse con el apostille correspondiente.</p>

Ciudad de México, a 18 de diciembre de 2024.- La Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, **Alva Alejandra Santos Carrillo**.- Rúbrica.

(R.- 564313)

**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](http://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](http://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

## Homoclave del formato

FF - IMSS - 011

## 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

## Foto del solicitante



Teléfono móvil:

Talla de bata:

- (Ch) Chica     (M) Mediana     (G) Grande  
 (X) Extra-grande     (E) Especial

## En caso de emergencia comunicarse con

Nombre (s), primer apellido y segundo apellido:

Parentesco:

Teléfono fijo o móvil:  
(lada y número)

## Datos generales del solicitante

CURP:

RFC:

Nombres(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Sexo:     H     M

Fecha de nacimiento:    DD / MM / AAAA

Lugar de nacimiento:

Estado civil:

Nacionalidad:

Número de pasaporte (solo extranjeros):

Teléfono fijo:

## 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>
--	--

En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS

Matricula:	Tipo de contratación:
	<input type="radio"/> Base <input type="radio"/> Confianza

En caso de ser hijo de trabajador de base definitiva del IMSS (activo, jubilado o pensionado)

Nombre del padre o la madre:
Matricula del padre o la madre:
Unidad de adscripción del padre o la madre (solo trabajadores en activo):



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

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.  
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

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.

**Matricula:**

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).

**Matricula 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

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

Datos generales del solicitante

<b>Foto del solicitante</b>	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:
CURP:	
Nombres(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

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:      Número interior:	Entidad Federativa:
Colonia: <small>(por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>	*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 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

<p><b>Antecedentes escolares estudios de bachillerato</b></p> <p>Nombre del plantel:</p> <p>Entidad federativa:</p> <p>Período:</p> <p>Promedio:</p>	<p><b>Actividad laboral en el IMSS</b></p> <p>Unidad de adscripción en el IMSS:</p> <p>Antigüedad:</p> <p>Categoría o puesto:</p>
--	---

Domicilio de la Unidad de adscripción en el IMSS

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



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 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

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 de Registro IMSS:

Número asignado de manera automática por el sistema de registro.

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).



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.  
Cauhtémoc, 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 apearme 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.  
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**

**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**



**CONAMER**  
CONSEJO NACIONAL DE  
MEDICINA Y SEGURIDAD SOCIAL



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