

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO ACDO.AS1.HCT.260815/178.P.DPM, relativo a la aprobación de los plazos máximos de resolución y vigencia, datos y documentos específicos, 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 sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de agosto del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260815/178.P.DPM, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracciones IV y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 4, 69-M y 69-O, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del IMSS; y de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, por conducto del Director de Prestaciones Médicas, mediante oficio 134 del 12 de agosto de 2015, así como el dictamen del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, en reunión celebrada el día 10 del mes y año citados, Acuerda: Primero.- Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia de ésta, así como los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, respectivamente, a los trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria, conforme al planteamiento de la Dirección enunciada. Segundo.- Aprobar el Anexo Único que contiene la información a que se refiere el punto anterior, el cual se acompaña al presente Acuerdo formando parte del mismo, los cuales entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Tercero.- Dejar sin efectos los Acuerdos 288/2005 y 490/2005, emitidos por este Órgano de Gobierno, en sesiones celebradas los días 22 de junio y 26 de octubre de 2005, respectivamente. Cuarto.- Instruir a las Unidades Administrativas de la Dirección de Prestaciones Médicas que apliquen los trámites señalados en el Anexo Único, a que observen lo dispuesto en este Acuerdo en el desahogo de los mismos y a resolver las dudas o aclaraciones que, con motivo de su aplicación se presenten. Quinto.- Instruir a la Dirección Jurídica de este Instituto a tramitar la publicación del presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente

México, D.F., a 27 de agosto de 2015.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

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

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 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	IMSS-03-001	30 días naturales	La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en el programa específico.	Datos <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite Personas morales <ul style="list-style-type: none"> • RFC • Razón Social Representante legal o apoderado <ul style="list-style-type: none"> • CURP • RFC • Nombre • Primer Apellido • Segundo Apellido • Teléfono (lada y número) • Extensión • Teléfono móvil • Correo electrónico

				<p>Domicilio del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código postal • Calle • Número exterior • Número interior • Colonia • Localidad • Municipio o Delegación • Estado o Distrito Federal • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de administración • Derecho de tránsito • Código de la Carretera • Tramo de la carretera • Cadenamiento o Kilómetro • Teléfono fijo (lada y número) <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Término Genérico • Tramo del camino • Margen • Cadenamiento <p>Datos de la Carrera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Ciclo académico • Nivel • Duración <p>Para internado Médico o servicio social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de Inicio Solicitada <p>Firma del Representante Legal o apoderado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del representante legal o apoderado <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta constitutiva de la institución o del plantel motivo de la solicitud • Reconocimiento oficial del plan de estudios, de la carrera objeto del trámite, emitido por la Secretaría de Educación Pública (REVOE); o decreto presidencial o incorporación a una universidad reconocida. • Dictamen de opinión favorable del plan de estudios, emitido por el comité de planeación de la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud. • Programa académico, del ciclo académico solicitado. • Original del programa específico, en el que indique el número de grupos y de alumnos solicitados por unidad médica sede. • Original 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. <p>NOTA 1: Las escuelas y facultades de medicina deberán presentar copia del documento que emita el organismo acreditador vigente. COMAEM.</p> <p>NOTA 2: Las instituciones educativas deberán tramitar la solicitud cuando menos con seis meses de anticipación al inicio del ciclo solicitado.</p>
Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como	IMSS-03-002-A	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso

<p>residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes externos al IMSS para especialidades de entrada directa</p>		<p>se comunicará durante la recepción de documentos.</p>	<p>los cursos de especialización médica de entrada directa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • RFC (Registro Federal de Contribuyentes) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado médico de pregrado • Institución donde realizó o está realizando el servicio social • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Título obtenido • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Promedio de calificación del internado de pregrado • Promedio general de calificaciones de la carrera • Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento. Original y copia • Acta de matrimonio. Original y copia • Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia • Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia • Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia
				<ul style="list-style-type: none"> • RFC (Registro Federal de Contribuyentes) Original y copia • Comprobante de actividades docentes en el área médica.

				<p>Original y copia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia • Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia • Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia • Cédula profesional. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses) Original y copia
<p>Solicitud para que médicos mexicanos ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes trabajadores del IMSS para especialidades de entrada directa</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 de entrada directa.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • RFC (Registro Federal de Contribuyentes) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado médico de pregrado • Institución donde realizó o está realizando el servicio social • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Título obtenido • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Matrícula del IMSS (sólo para trabajadores de base) • Tipo de contratación (Base o confianza) • Unidad de adscripción
				<ul style="list-style-type: none"> • Categoría • Fecha de ingreso como trabajador del IMSS • Promedio de calificación del internado de pregrado • Promedio general de calificaciones de la carrera • Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) • Primera opción de sede o

				<ul style="list-style-type: none">subsede• Segunda opción de sede o subsede• Tercera opción de sede o subsede• Cuarta opción de sede o subsede• Quinta opción de sede o subsede• Sexta opción de sede o subsede• Séptima opción de sede o subsede• Octava opción de sede o subsede• Novena opción de sede o subsede• Décima opción de sede o subsede• Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Acta de Nacimiento. Original y copia• Acta de matrimonio. Original y copia• Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia• Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia• Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia• RFC (Registro Federal de Contribuyentes) Original y copia• Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia• Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia• Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia• Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia.• Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia• Cédula profesional. Original y copia• 3 Fotografías a color tamaño infantil.• Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia• Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses). Original y copia• Nombramiento definitivo de base del trabajador. Original y copia• Propuesta de ocupación definitiva de plaza vacante. Original y copia• Último tarjetón de pago (quincena actual). Original y copia.
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-03-002-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 de entrada directa.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none">• Fecha de Solicitud del trámite• Año de inicio del curso• Fecha de solicitud• CURP (Clave Única de Registro de Población)• RFC (Registro Federal de Contribuyentes)• Lugar y fecha de nacimiento• Nacionalidad• Estado Civil• Número de hijos• Talla de bata

				<ul style="list-style-type: none"> • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado médico de pregrado • Institución donde realizó o está realizando el servicio social • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Título obtenido • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Nombre del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Matrícula del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Unidad de adscripción del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Promedio de calificación del internado de pregrado • Promedio general de calificaciones de la carrera • Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento. Original y copia • Acta de matrimonio. Original y copia
				<ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia • Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia • Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia • RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia • Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia • Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia • Constancia de Seleccionado del

				<p>ENARM (CIFRHS). Original y copia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida). Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia • Cédula profesional. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional (o Acta de Examen Profesional de no más de 18 meses). Original y copia • Último tarjetón de pago del padre o de la madre del solicitante (quincena actual). Original y copia
<p>Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes para especialidades de entrada directa</p>	IMSS-03-003-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 de entrada directa.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó el internado médico de pregrado o su equivalente en el país de origen • Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su equivalente en el país de origen • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional o su equivalente en el país de origen • Número de cédula profesional o su equivalente en el país de origen • Título obtenido
				<ul style="list-style-type: none"> • Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso) • Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso) • Promedio de calificación del internado de pregrado • Promedio general de calificaciones de la carrera • Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) • Domicilio en su país de origen • Teléfono fijo en su país de origen • Número de pasaporte • Constancia de solvencia económica (escrito libre) • Constancia de retorno a su país de origen (escrito libre) • Primera opción de sede o

				<ul style="list-style-type: none"> subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento. Original y copia • Acta de matrimonio. Original y copia • Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia • Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia • Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia • Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia • Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia • Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y copia • Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida) o su equivalente en el país de origen. Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social o su equivalente en el país de origen. Original y copia • Cédula profesional o su equivalente en el país de origen. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil
				<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional de licenciatura. Original y copia • Forma FM3. Original y copia • Pasaporte. Original y copia • Visa. Original y copia
Solicitud para que médicos extranjeros ingresen como residentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes para especialidades de rama	IMSS-03-003-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 de rama.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil

				<ul style="list-style-type: none">• Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia• Escuela o facultad de procedencia• Institución donde realizó el internado médico de pregrado o su equivalente en el país de origen• Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su equivalente en el país de origen• Fecha de término del servicio social• Fecha de examen profesional o su equivalente en el país de origen• Número de cédula profesional o su equivalente en el país de origen• Título obtenido• Número de años como profesor en la escuela de medicina (en su caso)• Número de publicaciones en revistas médicas (en su caso)• Promedio de calificación del internado de pregrado• Promedio general de calificaciones de la carrera• Calificación del ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas)• Domicilio en su país de origen• Teléfono fijo en su país de origen• Número de pasaporte• Constancia de solvencia económica (escrito libre)• Constancia de retorno a su país de origen (escrito libre)• Primera opción de sede o subsede• Segunda opción de sede o subsede• Tercera opción de sede o subsede• Cuarta opción de sede o subsede• Quinta opción de sede o subsede• Sexta opción de sede o subsede• Séptima opción de sede o subsede
				<ul style="list-style-type: none">• Octava opción de sede o subsede• Novena opción de sede o subsede• Décima opción de sede o subsede <p>▲ Nombre y firma del solicitante</p> <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Acta de Nacimiento. Original y copia• Acta de matrimonio. Original y copia• Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia• Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia• Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia• Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia• Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia• Constancia de Seleccionado del ENARM (CIFRHS). Original y

				<p>copia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de acreditación del Internado de Pregrado (con calificación obtenida) o su equivalente en el país de origen. Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social o su equivalente en el país de origen. Original y copia • Cédula profesional o su equivalente en el país de origen. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional de licenciatura. Original y copia • Constancias de acreditación de los años académicos cursados de prerequisite de acuerdo a la especialidad de que se trate • Forma FM3. Original y copia • Pasaporte. Original y copia • Visa. Original y copia
Solicitud de rotaciones parciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social de médicos residentes de otras instituciones	IMSS-03-004	30 días naturales	De acuerdo con el periodo del módulo solicitado y autorizado	<p>Escrito libre con los siguientes datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite <p>Del hospital solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número telefónico <p>Del Jefe de Enseñanza de la Unidad que solicita la rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Número telefónico <p>De los residentes propuestos para cada rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Especialidad que cursa • Grado de residencia • Servicios o áreas de rotación solicitadas • Duración de la rotación
Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. A) Aspirantes externos al Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS-03-005-A	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p>Datos</p> <p>Fecha de solicitud del trámite</p> <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> • CURP • Nombre • Primer apellido • Segundo apellido • Sexo • Fecha de Nacimiento • Lugar de nacimiento • Teléfono (lada y número) • Extensión • Teléfono móvil • Correo electrónico • Edad • Estado civil <p>Domicilio del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Delegación. • Estado o Distrito Federal • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de administración • Derecho de Tránsito

				<ul style="list-style-type: none">• Código de la Carretera• Tramo de la Carretera• Cadenamiento o Kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none">• Término genérico• Tramo del camino• Margen• Cadenamiento Escuela de Enfermería Solicitada <ul style="list-style-type: none">• Escuela del IMSS donde solicita la inscripción Antecedentes escolares estudios de bachillerato <ul style="list-style-type: none">• Nombre del plantel• Entidad Federativa• Periodo• Promedio Firma del Solicitante <ul style="list-style-type: none">• Nombre y firma del solicitante Documentos anexos <ul style="list-style-type: none">• 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, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate• Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS
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-B	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	Datos Fecha de solicitud del trámite Datos Generales del aspirante <ul style="list-style-type: none">• CURP• Nombre• Primer apellido• Segundo apellido• Sexo• Fecha de Nacimiento
				<ul style="list-style-type: none">• Lugar de nacimiento• Teléfono (lada y número)• Extensión• Teléfono móvil• Correo electrónico• Edad• Estado civil Domicilio del Solicitante <ul style="list-style-type: none">• Código Postal• Calle• Número Exterior• Número Interior• Colonia• 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. <ul style="list-style-type: none">• Tipo de administración• Derecho de Tránsito• Código de la Carretera• Tramo de la Carretera• Cadenamiento o Kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none">• Término genérico• Tramo del camino• Margen• Cadenamiento Escuela de Enfermería Solicitada <ul style="list-style-type: none">• Escuela del IMSS donde solicita la

				<p>inscripción</p> <p>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre del plantel Entidad Federativa Periodo Promedio <p>Actividad laboral en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad de adscripción en el IMSS Antigüedad Categoría o puesto <p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Código postal Calle Número Exterior Número Interior Colonia Localidad Municipio o Delegación Estado o Distrito Federal Entre que calles (tipo y nombre) Calle posterior Teléfono fijo (lada y número) Extensión <p>En caso de carretera llenar la siguiente información.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de administración Derecho de tránsito Código de la Carretera Tramo de la Carretera Cadenamiento o Kilómetro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> Término genérico Tramo de camino Margen Cadenamiento <p>Firma del Solicitante Nombre y firma del solicitante</p>
				<p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	IMSS-03-005-C	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p>Datos Fecha de solicitud del trámite</p> <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto CURP Nombre Primer apellido Segundo apellido Sexo Fecha de Nacimiento Lugar de nacimiento Teléfono (lada y número) Extensión Teléfono móvil Correo electrónico Edad Estado civil <p>Domicilio del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> Código Postal Calle Número Exterior

				<ul style="list-style-type: none">• Número Interior• Colonia• Localidad• Municipio o Delegación• Estado o Distrito Federal• Entre que calles (tipo y nombre)• Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de administración• Derecho de Tránsito• Código de la Carretera• Tramo de la Carretera• Cadenamiento o Kilómetro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none">• Término genérico• Tramo del camino• Margen• Cadenamiento <p>Escuela de Enfermería Solicitada</p> <ul style="list-style-type: none">• Escuela del IMSS donde solicita la inscripción <p>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre del plantel• Entidad Federativa• Periodo• Promedio <p>Actividad laboral en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none">• Unidad de adscripción en el IMSS• Antigüedad• Categoría o puesto
				<p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none">• Código postal• Calle• Número Exterior• Número Interior• Colonia• Localidad• Municipio o Delegación• Estado o Distrito Federal• Entre que calles (tipo y nombre)• Calle posterior• Teléfono fijo (lada y número)• Extensión <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de administración• Derecho de tránsito• Código de la Carretera• Tramo de la Carretera• Cadenamiento o Kilómetro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none">• Término genérico• Tramo de camino• Margen• Cadenamiento <p>Firma del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none">• 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, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate• Solicitud de Inscripción a la

				Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS
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	60 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	La autorización tendrá la vigencia que dure el curso señalada en la solicitud del aspirante.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de solicitud del Trámite • Nombre del curso que solicita • Origen de la solicitud (Particular, Institución Pública) • Edad • Nacionalidad • Domicilio de la persona solicitante (Código postal, Calle, Número exterior, Número Interior, Colonia, Municipio o Delegación, Estado o Distrito Federal) • Teléfono • Correo electrónico • Contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono lada y número) • Nombre(s) • Primer apellido • Segundo apellido • CURP en caso de ser mexicano(a) • Cédula profesional (o su equivalente) • Cédula profesional de especialista (o su equivalente) • Fecha del curso solicitado (inicio, fin) • Modalidad del curso que solicita (Monográfico, Monográfico con Prácticas, Congreso, Diplomado, Adiestramiento en Servicio) • Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso • Estado de la república en donde desea realizar el curso • Firma <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Universitario de Licenciatura • Título Universitario de Especialidad (o su comprobante de trámite) • Cédula Profesional del último grado de estudios cursado (o su comprobante de trámite) • Seguro de Médico de Gastos Mayores en Salud • Certificado Médico de Salud • Identificación Oficial • CURP
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-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 del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • RFC (Registro Federal de Contribuyentes) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia

				<ul style="list-style-type: none"> • Institución donde realizó o está realizando el servicio social • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Título obtenido • Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) • Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) • Promedio general de calificaciones de la carrera • Primera opción de sede • Segunda opción de sede • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento. Original y copia • Acta de matrimonio. Original y copia • Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia • Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia
				<ul style="list-style-type: none"> • Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia • RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia • Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia • Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia • Cédula profesional. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional de licenciatura. Original y copia <p>NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son aplicables para esta modalidad.</p>
<p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes extranjeros, externos al Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	IMSS-03-007-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 del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó o está realizando el servicio social o su

				<ul style="list-style-type: none"> equivalente en el país de origen Fecha de término del servicio social o su equivalente en el país de origen Fecha de examen profesional Número de cédula profesional Título obtenido Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) Promedio general de calificaciones de la carrera Domicilio en su país de origen Número de pasaporte Primera opción de sede Segunda opción de sede Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Acta de Nacimiento. Original y copia Acta de matrimonio. Original y copia
				<ul style="list-style-type: none"> Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) original y copia Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia Comprobante de actividades docentes en Odontología. Original y copia Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia Cédula profesional. Original y copia 3 Fotografías a color tamaño infantil Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia Título profesional de licenciatura. Original y copia Forma FM3. Original y copia Pasaporte. Original y copia Visa. Original y copia NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.
<p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	IMSS-03-007-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 del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Fecha de Solicitud del trámite Año de inicio del curso Fecha de solicitud CURP (Clave Única de Registro de Población) RFC (Registro Federal de Contribuyentes) Lugar y fecha de nacimiento Nacionalidad Estado Civil Número de hijos Talla de bata Talla de calzado Talla de pantalón Domicilio del solicitante Número de teléfono fijo

				<ul style="list-style-type: none">• Número de teléfono móvil• Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia• Escuela o facultad de procedencia• Institución donde realizó o está realizando el servicio social• Fecha de término del servicio social• Fecha de examen profesional• Número de cédula profesional• Título obtenido• Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso)• Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso)• Matricula del IMSS (sólo para trabajadores de base)• Tipo de contratación (Base o confianza)
				<ul style="list-style-type: none">• Unidad de adscripción• Categoría• Fecha de ingreso como trabajador del IMSS• Promedio general de calificaciones de la carrera• Primera opción de sede• Segunda opción de sede• Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Acta de Nacimiento. Original y copia• Acta de matrimonio. Original y copia• Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia• Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia• Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia• Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia• RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia• Comprobante de actividades docentes en el área médica. Original y copia• Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia• Cédula profesional. Original y copia• 3 Fotografías a color tamaño infantil• Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia• Título profesional de licenciatura. Original y copia• Nombramiento definitivo de base del trabajador. Original y copia• Propuesta de ocupación definitiva de plaza vacante. Original y copia• Último tarjetón de pago (quincena actual). Original y copia• NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.

<p>Solicitud para que cirujanos dentistas ingresen como residentes de cirugía maxilofacial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>D) Aspirantes hijos de trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social</p>	IMSS-03-007-D	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado del curso de especialización en Cirugía Maxilofacial en la sede autorizada.	<p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de Solicitud del trámite • Año de inicio del curso • Fecha de solicitud • CURP (Clave Única de Registro de Población) • RFC (Registro Federal de Contribuyentes) • Lugar y fecha de nacimiento • Nacionalidad • Estado Civil • Número de hijos • Talla de bata • Talla de calzado • Talla de pantalón • Domicilio del solicitante • Número de teléfono fijo • Número de teléfono móvil
				<ul style="list-style-type: none"> • Nombre, parentesco y teléfono fijo de la persona que recibirá aviso en caso de emergencia • Escuela o facultad de procedencia • Institución donde realizó o está realizando el servicio social • Fecha de término del servicio social • Fecha de examen profesional • Número de cédula profesional • Título obtenido • Número de años como profesor en la escuela de Odontología (en su caso) • Número de publicaciones en revistas científicas (en su caso) • Nombre del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Matrícula del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Unidad de adscripción del padre o de la madre trabajador(a) del IMSS • Promedio general de calificaciones de la carrera • Primera opción de sede • Segunda opción de sede • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento. Original y copia • Acta de matrimonio. Original y copia • Acta de Nacimiento de los hijos (en los casos que aplica) Original y copia • Certificado de Calificaciones de la Carrera (con promedio). Original y copia • Clave Única de Registro de Población (CURP). Original y copia • RFC (Registro Federal de Contribuyentes). Original y copia • Comprobante de actividades docentes en Odontología. Original y copia • Artículos científicos publicados en revistas médicas. Original y copia • Constancia de acreditación del Servicio Social. Original y copia • Cédula profesional. Original y copia • 3 Fotografías a color tamaño infantil. • Solicitud de Inscripción a Estudios de Posgrado. Original y copia • Título profesional de licenciatura.

				<p>Original y copia</p> <ul style="list-style-type: none">• Último tarjetón de pago del padre o de la madre del solicitante (quincena actual). Original y copia• NOTA: los documentos Constancia de seleccionado del ENARM (de la CIFRHS) y Constancia de Internado de Pregrado (con promedio de calificaciones) no son documentos aplicables para esta modalidad.
--	--	--	--	---

México, D.F., a 26 de agosto de 2015.- El Director de Prestaciones Médicas del IMSS, **Javier Dávila Torres**.- Rúbrica.