



REFERENCIAS DOCUMENTALES DE INGRESO A LOS PROGRAMAS DE PASANTÍA

1) SOLICITUD DE INGRESO

Salud Secretaría de Salud | **Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez** Renacimiento de la Excelencia

SOLICITUD DE INGRESO
SERVICIO SOCIAL, PRÁCTICAS PROFESIONALES Y TESIS
LIC. EN MEDICINA Y CARRERAS AFINES AL ÁREA DE LA SALUD

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

INSTRUCCIONES: El llenado de la solicitud puede realizarse con letra de molde o digitalmente mediante un editor de textos. Se requiere respetar la estructura original del documento en su totalidad.

PROPUESTA FORMATIVA PARA CARRERAS AFINES AL ÁREA DE LA SALUD
INDIQUE CON UNA "X" O UN CÍRCULO EL PROGRAMA DE SU INTERÉS.

SERVICIO SOCIAL 6 MESES - 1 AÑO **PRÁCTICAS PROFESIONALES** 3 MESES **TESIS (INVESTIGACIÓN)** 6 MESES - 1 AÑO

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TÉRMINO: _____

I. DATOS GENERALES

• NOMBRE COMPLETO	_____
• FECHA DE NACIMIENTO	_____
• TELÉFONOS	_____
• CORREO ELECTRÓNICO DOS OPCIONES	• _____ • _____
• DOMICILIO:	_____

II. PERFIL ACADÉMICO

• MATRÍCULA ESTUDIANTIL	_____
• LICENCIATURA / CARRERA	_____
• UNIVERSIDAD / INSTITUTO	_____
• PROMEDIO GENERAL	_____
• SEMESTRE / CICLO ACTUAL:	_____
• ¿SU PLAN DE ESTUDIOS INCLUYE PRESENTAR UN EXAMEN PROFESIONAL?	SEÑALE UNA RESPUESTA SÍ NO
	SI SU RESPUESTA FUE "SÍ", INDIQUE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE SU EXAMEN PROFESIONAL: _____

PI13/mrmp

2026 año de **Margarita Maza**
Juan Badiano No. 1, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX. Tel: (55) 5573 2911
www.cardiologia.org.mx

Salud Secretaría de Salud | **Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez** Renacimiento de la Excelencia

III. DESARROLLO PROFESIONAL

INSTRUCCIONES: Indique si tiene un tutor asignado y, en función de su respuesta, complete la sección correspondiente (A o B).

¿CUENTA CON UN TUTOR(A) ESPECÍFICO PARA SU PASANTÍA?

MAQUE CON "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA

SÍ (PASE A LA SECCIÓN A)	I	J
NO (PASE A LA SECCIÓN B)	I	J

SECCIÓN A
SI SU RESPUESTA FUE "SÍ" COMPLETE ESTA SECCIÓN CON LOS DATOS DEL TUTOR(A):

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR(A):	_____
DEPARTAMENTO / SERVICIO:	_____
CARGO DEL TUTOR(A):	_____
CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR(A):	_____

SECCIÓN B
SI SU RESPUESTA FUE "NO", COMPLETE ESTA SECCIÓN CONSULTANDO LA GUÍA DE INGRESO A LOS PROGRAMAS DE PASANTÍA.

ÁREA DE INTERÉS 1:	_____
ÁREA DE INTERÉS 2:	_____

AVISO IMPORTANTE
LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE INGRESO Y LA ACEPTACIÓN DE TUTORÍA POR PARTE DEL TUTOR(A) NO GARANTIZAN LA ACEPTACIÓN DEL ASPIRANTE AL PROGRAMA, ES UN REQUISITO INDISPENSALE DE SELECCIÓN PARA QUE EL ASPIRANTE PUEDA AVANZAR EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL INSTITUTO.

IV. DATOS DEL ENLACE ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD

RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN ACADÉMICA:	_____
CARGO:	_____
TELÉFONOS:	_____
CORREO(S) ELECTRÓNICO(S):	_____

COMUNICACIÓN OFICIAL
ATENCIÓN: LIC. ROCÍO SANTOS.
CORREO ELECTRÓNICO: ingreso@cardiologia.org.mx
TELÉFONO: (55) 55 73 28 11 / EXT. 20138

PI13/mrmp

2026 año de **Margarita Maza**
Juan Badiano No. 1, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX. Tel: (55) 5573 2911
www.cardiologia.org.mx





2) CARTA DE ACEPTACIÓN DE TUTOR(A)

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL

[FECHA]
[NÚMERO DE REFERENCIA DEL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO]

ASUNTO: CARTA DE ACEPTACIÓN

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES
SUBDIRECTOR DE COORDINACIÓN DE LA ENSEÑANZA
PRESENTE

Por este medio informo a usted que (el/la) estudiante **[NOMBRE COMPLETO]**, con número de matrícula estudiantil **[AGREGAR DATO]**, de la Licenciatura/Carrera en **[NOMBRE COMPLETO]**, procedente de **[NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD]**, con promedio de **[AGREGAR DATO]**, ha solicitado realizar su **[SERVICIO SOCIAL/PRÁCTICAS PROFESIONALES/TESIS]** bajo mi tutoría en el periodo comprendido del **[FECHA DE INICIO]** al **[FECHA DE TÉRMINO]**, en el horario de **[AGREGAR DATO]**, los días **[AGREGAR DATO]**, mediante la modalidad de **[VINCULACIÓN O CIFRHS]**, colaborando en el proyecto: **[NOMBRE COMPLETO]**.

[SI APLICA], Asimismo, solicito su apoyo para generar una *Carta de No Inconveniente o Carta Compromiso* por parte del Instituto para cumplir con el requisito de la convocatoria CIFRHS que requiere la solicitud de (el/la) pasante.

Hago constar que no hay ningún inconveniente en su participación. Por mi parte, acepto las responsabilidades y reglas establecidas por el Instituto para asegurar el cumplimiento de los objetivos correspondientes al desarrollo en conocimiento científico y la formación del médico pasante del servicio social.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

FIRMA AUTÓGRAFA
NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL TUTOR/A
DEPARTAMENTO/SERVICIO
CORREO ELECTRÓNICO

Vo.Bo

FIRMA AUTÓGRAFA
NOMBRE DEL JEFE/A O RESPONSABLE DEL DEPTO.
DEPARTAMENTO/SERVICIO
CORREO ELECTRÓNICO

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL





3) CARTA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL

[FECHA]
[NÚMERO DE REFERENCIA DEL DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO]

ASUNTO: CARTA PROGRAMA DE ACTIVIDADES

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES.
SUBDIRECTOR DE COORDINACIÓN DE LA ENSEÑANZA.
PRESENTE.

Sirva este medio para informar las principales actividades generales que realizará (el/la) estudiante **[NOMBRE COMPLETO]**, con número de cuenta **[AGREGAR DATO]**, de la Licenciatura en **[NOMBRE COMPLETO]**, procedente de **[NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD]**, con promedio de **[AGREGAR DATO]**, ha solicitado realizar su **[SERVICIO SOCIAL/PRÁCTICAS PROFESIONALES/TESIS]** bajo mi tutoría en el periodo comprendido del **[FECHA DE INICIO]** al **[FECHA DE TÉRMINO]**, en el horario de **[AGREGAR DATO]**, los días **[AGREGAR DATO]**, mediante la modalidad de **[VINCULACIÓN / CIFRHS]**, colaborando en el proyecto: **[NOMBRE COMPLETO]**.

A continuación se presenta el desglose de actividades que realizará durante su pasantía:

Fecha	Actividad	Resultado esperado
Febrero 2025	Preparación del protocolo de investigación.	Protocolo listo para presentación y aprobación.
Marzo 2025	Capacitación y observación de actividades.	Conocimiento de procesos internos adquiridos.
Abril 2025		
Mayo 2025		

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

FIRMA AUTÓGRAFA.
NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL TUTOR/A.
DEPARTAMENTO/SERVICIO.
CORREO ELECTRÓNICO.

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL





4) CARTA DE NO INCONVENIENTE

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA

[NOMBRE DE LA CIUDAD, ESTADO], A [DÍA] DE [MES] DE [AÑO]

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES
SUBDIRECTOR DE COORDINACIÓN DE LA ENSEÑANZA
P R E S E N T E

Por medio de la presente, la [NOMBRE COMPLETO DE LA UNIVERSIDAD/FACULTAD] postula y extiende una Carta de No Inconveniente para que el (la) estudiante cuyos datos se detallan a continuación, realice su Servicio Social en su prestigiosa institución:

DATOS ACADÉMICOS	
NOMBRE COMPLETO:	
MATRÍCULA ESTUDIANTIL:	
LICENCIATURA/CARRERA:	
PROMEDIO GENERAL:	
PERÍODO SOLICITADO:	

La [NOMBRE COMPLETO DE LA UNIVERSIDAD] avala la trayectoria académica del (de la) estudiante y certifica que ha cubierto satisfactoriamente el [PORCENTAJE DE CRÉDITOS] necesarios para iniciar la fase de Servicio Social.

Confirmamos que esta postulación se realiza en estricto apego a los lineamientos establecidos en la Convocatoria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Para cualquier asunto relacionado con la vinculación institucional, favor de contactar a:

DATOS DE CONTACTO DE VINCULACIÓN	
NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE:	
PUESTO O CARGO:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

Sin otro particular por el momento, aprovechamos la ocasión para reiterarle las seguridades de nuestra atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA AUTÓGRAFA DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ÁREA
NOMBRE DE LA FACULTAD O SEDE
SELLO OFICIAL

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA





5) CARTA DE EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA (OPCIONAL)

[FECHA]

ASUNTO: CARTA DE EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES
SUBDIRECTOR DE COORDINACIÓN DE LA ENSEÑANZA
P R E S E N T E

Me dirijo a usted como aspirante al Programa de Servicio Social para el ciclo comprendido de **febrero de 2026 a enero de 2027**, con el propósito de manifestar mi profundo interés en realizar mi estancia en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCAR).

Soy **[NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE]**, con matrícula **[AGREGAR DATO]**, pasante de la Licenciatura/Carrera en **[AGREGAR DATO]**, de la **[NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD]**, y cuento con un promedio general de **[AGREGAR DATO]**.

Mi interés en el INCAR está sólidamente fundamentado en su liderazgo en la cardiología a nivel nacional y latinoamericano, lo que asegura un entorno de formación exigente y de vanguardia. La oportunidad de integrarme a un programa que prioriza la investigación, como el que usted dirige, representa el cierre ideal para mi formación profesional.

Busco enfocar mi Servicio Social en el área de **[MENCIONAR UN ÁREA DE INTERÉS]**, bajo la tutoría del Dr./Dra. **[NOMBRE DEL TUTOR(A) QUE LO ACEPTÓ]**. Estoy particularmente motivado(a) por colaborar en el proyecto "**[NOMBRE COMPLETO DEL PROYECTO]**", ya que el estudio de **[MENCIONE EL TEMA CENTRAL DEL PROYECTO, EJ: LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE RECHAZO EN PACIENTES TRASPLANTADOS]** se alinea directamente con mi deseo de aplicar la metodología científica a problemas clínicos complejos.

Mi compromiso es absoluto: cumpliré con las rotaciones obligatorias (como la de Banco de Sangre) y con la asistencia a la Sesión General, además de dedicar mi esfuerzo al desarrollo exitoso del proyecto de investigación. Asumo mi responsabilidad de acatar todas las normas y reglamentos del Instituto, así como las condiciones de no remuneración asociadas al programa.

Agradezco de antemano la consideración a mi solicitud y espero poder contribuir activamente a los objetivos académicos y de investigación del Instituto

Atentamente,

[FIRMA AUTÓGRAFA]

[NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE]





6) CURRÍCULUM VITAE (CV)

NOMBRE(S)
APELLIDO(S)

LICENCIATURA / CARRERA

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO(S)

CORREO(S)

IDIOMAS

Inglés 40%

Alemán 50%

EDUCACIÓN

INSTITUCIÓN / ESCUELA

AÑO DE INGRESO Y EGRESO

INTERNADO

AÑO DE INGRESO Y EGRESO

PERFIL

TEXTO

EXPERIENCIA

TÍTULO

TEXTO

CONTACTO DE REFERENCIA:

TÍTULO

TEXTO

CONTACTO DE REFERENCIA:

CURSOS / CERTIFICACIONES

TEXTO





7) CONSTANCIA DE SEGURIDAD MÉDICA

REFERENCIA DE CONSTANCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

gob mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMSS-02-020	FF-IMSS-012	10 / 11 / 2015 DO MM AAAA

Datos Generales

	NSS:
	CURP:
	Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:
	Sexo: Hombre
	Fecha de nacimiento: 30/12/1997
	Lugar de nacimiento:

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:

Vigente:

Delegación:

UMF:

Turno:

Consultorio:

Agregado Médico:

Datos de Aseguramiento

Registro Patronal A6648750128	Nombre o razón social Colegio de Bachilleres 10
Modalidad de Aseguramiento MODALIDAD 32	Descripción de Modalidad SEGURO FACULTATIVO IMSS

Detalle de vigencia

Estado	Sub Estado	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia
VIGENTE	TEMPORAL	01/08/2019	25/07/2020

Beneficiarios

NO APLICA

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

Contacto
Pasaje de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06460 México, D.F.
Tel: 01 800 823 23 23
<http://abonacion.contactosocial.com/mx>





**REFERENCIA
DE PÓLIZA DE SEGURO
MÉDICO PRIVADO**



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0

SEGURO DE AUTOS



Fuerza Productora Regular Autos
Limitada
No. Póliza **00000275**

CONTRATANTE

Código de Cliente	Nombre
0014279956	nombre
R.F.C.	Dirección
	Universidad, Coyoacán, Distrito Federal, C.P. 04350
Referencia	

VEHÍCULO ASEGURADO

Descripción		Serie
Modelo	Placas	Motor
Uso	Particular	
Circula en	DISTRITO FEDERAL	

Versión	Renovación
0	0
Vigencia de la Versión	
Desde las 12 hrs del 16/Abr/2018	
Hasta las 12 hrs del 16/Abr/2019	
Duración: 365 días	

Descripción
Producción nueva
Petición del asegurado

MONTO A PAGAR

Prima Neta	\$5,328.95
Recargo por Pago	
Fraccionado	\$0.00
Derecho de Póliza	\$520.00
I.V.A.	\$935.84
Importe por Pagar	\$6,784.79

DESGLOSE DE COBERTURAS Y SERVICIOS AMPARADOS POR LA PÓLIZA

Descripción	Suma Asegurada	Deducible
Robo Total	\$ 471,000	10 %
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	\$ 3,000,000	No aplica
Protección Legal	AMPARADA	No aplica
Gastos Médicos Ocupantes	\$ 300,000	No aplica
Extensión Cobertura Resp. Civil	\$ 3,000,000	No aplica
Club GNP Autos	AMPARADA	No aplica
Ayuda para Pérdidas Totales	\$ 7,500	No aplica
Total Coberturas y Servicios		\$5,328.95

Código de Cliente	Conductor Habitual	Edad	Sexo
0011107510	Rosa Maria Galindo Romero	63	Femenino
Beneficiario Preferente			

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se obliga a indemnizar al Asegurado las pérdidas y/o daños que sufran los bienes que se mencionan como amparados y/o la responsabilidad civil que sea imputable legalmente al Asegurado, ocasionados por cualquiera de los riesgos expresamente contratados en la Póliza, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que se establecen en las mismas, prevaleciendo las últimas sobre las primeras.

SP8727CIA NNEI 804160041800000275067676

Grupo Nacional Provincial S.A.B.
8727GZ 727 - OF. AMORES

