



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

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

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

PROPUESTA FORMATIVA PARA CARRERAS AFINES AL ÁREA DE LA SALUD
INDIQUE CON 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	
• TELEFONO(S)	
• 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 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE PRESENTACIÓN

III. MODALIDAD DE INGRESO
MARQUE CON "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA

• INVESTIGACIÓN POR VINCULACIÓN ACADÉMICA	[]	
• INVESTIGACIÓN POR LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (CIFRHS)	[]	EN CASO AFIRMATIVO, MARQUE LA CATEGORÍA CORRESPONDIENTE:

 **2026**
año de
Margarita Maza

Juan Badiano No. 1, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Iztapalapa, 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

IV. TUTORÍA ACADÉMICA
¿CUENTA CON UN TUTOR(A) ESPECÍFICO PARA SU PASANTÍA?
MARQUE CON "X" LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA

SÍ (PASE A LA SECCIÓN A)	[]
NO (PASE A LA SECCIÓN B)	[]

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:	

V. DATOS DEL ENLACE ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD

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

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 INDISPENSABLE DE PRESELECCIÓN PARA QUE EL ASPIRANTE PUEDA AVANZAR EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL INSTITUTO.

COMUNICACIÓN OFICIAL
ATENCIÓN: Lic. Rocío Santos.
CORREO ELECTRÓNICO: asesoria@cardiologia.org.mx
TELÉFONO: (55) 55 73 29 11 / EXT. 3038

 **2026**
año de
Margarita Maza

Juan Badiano No. 1, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 14080, CDMX. Tel: (55) 5573 2911
www.cardiologia.org.mx





2) CARTA DE ACEPTACIÓN DE TUTOR(A)

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL

Ciudad de México, a [día] de [mes] de [año].
[Número de referencia del Departamento/Servicio]

Asunto: Carta de Aceptación.

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES.
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA.
P R E S E N T E

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: [TÍTULO].

[SI APLICA]. De igual manera, me permito solicitar respetuosamente su apoyo para la emisión de una Carta Compromiso Institucional, documento requerido por la convocatoria CIFRHS como parte del proceso de postulación del/de la aspirante.

Hago constar que no existe impedimento alguno para su participación, y manifiesto mi compromiso de asumir cabalmente las responsabilidades y normatividad establecidas por el Instituto, con el propósito de garantizar el logro de los objetivos vinculados al desarrollo del conocimiento científico y a la formación académica del/de la aspirante.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

FIRMA AUTOGRAFA
NOMBRE Y CARGO DEL TUTOR(A)
DEPARTAMENTO/SERVICIO
CORREO ELECTRONICO

Vo.Bo

FIRMA AUTOGRAFA
NOMBRE DEL JEFE(A) O RESPONSABLE DEL AREA.
DEPARTAMENTO/SERVICIO
CORREO ELECTRONICO

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL





3) CARTA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL

Ciudad de México, a [día] de [mes] de [año].
[Número de referencia del Departamento/Servicio]

Asunto: Carta del Programa de Actividades.

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES.
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA.
P R E S E N T E

Sirva este medio para informar las principales actividades generales que realizará (el/la) estudiante [NOMBRE COMPLETO], con número de matrícula estudiantil [AGREGAR DATO], de la Licenciatura/Carrera en [NOMBRE COMPLETO], con promedio de [AGREGAR DATO], 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: [TÍTULO].

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

Fecha	Actividad	Resultado esperado
Febrero 2026	Preparación del protocolo de investigación.	Protocolo listo para presentación y aprobación.
Marzo 2026	Capacitación y observación de actividades.	Conocimiento de procesos internos adquiridos.
Abril 2026		
Mayo 2026		

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

FIRMA AUTOGRAFA
NOMBRE Y CARGO DEL TUTOR(A)
DEPARTAMENTO/SERVICIO
CORREO ELECTRONICO

HOJA MEMBRETADA INSTITUCIONAL





4) CARTA DE NO INCONVENIENTE

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA

Ciudad de México, a [día] de [mes] de [año].
[Número de referencia de la IES]

Asunto: Carta de No Inconveniente.

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES.
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA.
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 CREDITOS] 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, CARGO Y FIRMA AUTOGRAFA DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL AREA
NOMBRE DE LA FACULTAD O SEDE
SELLO OFICIAL

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA





5) CARTA DE EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA (OPCIONAL)

Ciudad de México, a [día] de [mes] de [año].

Asunto: Carta de Exposición de Motivos.

DR. PEDRO ITURRALDE TORRES.
SUBDIRECTOR DE EDUCACIÓN MÉDICA.
P R E S E N T E

Me dirijo a usted como aspirante al Programa de Servicio Social para el ciclo comprendido de [FECHA DE INICIO] al [FECHA DE TÉRMINO], con el propósito de manifestar mi profundo interés en realizar mi estancia en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Soy [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].

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 en el área de [MENCIONAR ÁREA DE INTERÉS].

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 AUTOGRAFA
NOMBRE COMPLETO
CORREO ELECTRONICO

HOJA MEMBRETADA UNIVERSITARIA (OPCIONAL)





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

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

Página 6



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	Nombre o razón social
A68487151528	Colegio de Bachilleres 10

Modalidad de Aseguramiento	Descripción de Modalidad
MÓDALIDAD 32	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 49-A, 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 Cuadrante C.P. 06600 México, D.F.
Tel: 01-800-823 23 23
<http://atencion.contactosmss.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.

SPB727CIA NNEI 804160041800000275067676

Grupo Nacional Provincial S.A.B.
B727GZ 727 - OF. AMORES

