

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA

Ciclo agosto 2025

DEBERÁN ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS CON EL DR. MAURILIO JIMÉNEZ CABRERA, COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN DEL ÁREA MÉDICA. EN UN FOLDER ROTULADO CON SU NOMBRE E INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

- 1.-CARTA DE REGISTRO DE PLATAFORMA SIASS : <https://dgces.salud.gob.mx/siass/index.php>
 - 2.-DOS COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO, ACTUALIZADA, MENOR A TRES MESES
 - 3.-DOS COPIAS DE CURP, ACTUALIZADA, MENOR A TRES MESES
 - 4.-DOS COPIAS DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL, ACTUALIZADA, MENOR A TRES MESES
 - 5.-CARTA DE PRESENTACION POR PARTE DE LA FACULTAD copia
 - 7.-UNA COPIA DE CARNET DEL IMSS, ISSSTE, SEMAR, SEDENA, O SEGURO DE GASTOS MEDICOS
 - 8.-UNA COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO, DONDE VIVA UN FAMILIAR
 - 9.-UNA COPIA DE CREDENCIAL DEL INE
 - 10.-CONSTANCIA DE CALIFICACIONES CON PROMEDIO O ANÁLISIS GLOBAL DE CALIFICACIONES DIRECTAMENTE DEL SISTEMA EN LINEA, copia
 - 11.-UNA COPIA DE CERTIFICADO MEDICO REALIZADO POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD OFICIAL, DONDE ESPECIFIQUE ALGUNA DISCAPACIDAD.
 12. CONTAR CON SEGURO DE VIDA, CON VIGENCIA TODO EL AÑO DEL SERVICIO SOCIAL
 - 13.-HOJA DE DIRECTORIO. Aquí anexa
 - 14.-FOLDER ROTULADO CON APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE Y NOMBRE DE FACULTAD
- DIRECCION DE ENTREGA: AVENIDA LICEO DE VARONES 401 COL. LA ESPERANZA, CENTRO DE COLIMA, DEPTO. DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (En medio del Instituto Estatal de Cancerología y Centro de Hemodiálisis, Edificio blanco, escaleras rojas, segunda planta)
- CUALQUIER DUDA A LOS TELÉFONOS:
OFICINA 31231 279 90
CELULAR: 312 -131-76-26 Dr. Maurilio Jiménez
e-mail: serviciosocialcolima@gmail.com

(TODA LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE DE ENTREGARLA EN EL MOMENTO DE SU ELECCION DE PLAZA)

VIGOR EN LA TIERRA



2025: AÑO DEL BICENTENARIO DE MANZANILLO
COMO PUERTO DE CABOTAJE Y DE ALTURA

DIRECTORIO DE RECURSOS HUMANOS EN FORMACIÓN DEL ÁREA MÉDICA (MPSS)

Nombre _____

APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

Edad _____ Años Fecha de Nacimiento _____

Crup _____

RFC _____

Lugar de nacimiento: _____

Ciudad/Municipio, Estado, País

Edo. Civil _____ No. De hijos _____

Tel. particular _____

Tel. CELULAR _____

Correo electrónico _____

Domicilio permanente del MIP: _____

Calle Número _____

Colonia C. P. Ciudad o Población, estado

Contacto de emergencia: nombre y # de celular:

Nombre del padre _____ Teléfono Cel. _____

Nombre de la Madre _____ Teléfono Cel. _____

Otro; parentesco y # de cel. _____

Institución Educativa de procedencia _____

Fecha de Inicio **01 julio 2025** Termino **30 de junio de 2026** _____

Nombre y Firma



2025: AÑO DEL BICENTENARIO DE MANZANILLO
COMO PUERTO DE CABOTAJE Y DE ALTURA