**REGISTRÓ DE INTERNOS DE PREGRADO ISEM**

**Todo con letra legible en tinta color azul.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escuela de Procedencia**  |  | **Promoción:** | Enero2024 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hospital Sede** |  | **No. de Beca** |  |

**DATOS PERSONALES**

**FOTO**

|  |
| --- |
|  |
| **Apellido Paterno** |
|  |
| **Apellido Materno** |
|  |
| **Nombre (s)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Nacimiento**  |  |  |  |  | Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Día** | **Mes** | **Año** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **CURP** |  | **RFC** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nacionalidad** |  | **Estado Civil** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Email legible** |  | **Número Celular** |  | **Teléfono de Casa** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Domicilio** |  | **Calle** |  | **Número Exterior** |  | **Número Interior** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Código Postal** |  | **Colonia/Delegación** |  | **Ciudad**  |  | **Entidad Federativa** |

**DATOS DE CONTACTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre** |  | **Parentesco** |  | **Teléfono** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Registro de tallas para uniformes** |  |  | **Talla** |
|  | **Filipina** |  |
|  | **Pantalón** |  |
|  | **Zapatos** |  |

**DATOS LABORALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actualmente se encuentra laborando: | Si  | En donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No |
| Cuenta con Seguridad Social: | Si | En que institución de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No |
|  |  | No. De Seguridad | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**CARTA COMPROMISO PARA EL PAGO DE BECA**

Para el **pago de la beca**, **QUIEN SUSCRIBE (NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO INTERNO) INTERNO DE PREGRADO ADSCRITO AL HOSPITAL (ANOTAR EL NOMBRE DEL HOSPITAL SEDE) ME** comprometo a cobrar el cheque de la BECA cada quincena aún en vacaciones, así mismo si elijo **NO COBRAR**, no reclamaré el pago posterior de un cheque cancelado y si dejo de cobrar 3 quincenas, se cancelará la beca y yo continuaré el internado.

**Nombre, firma y fecha**

**del Médico Interno de Pregrado**

**INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS POR EXPEDIENTE:**

| **Documento** | **Características** | **Entregado** |
| --- | --- | --- |
| **Si** | **No** |
| 1. Carta de Adscripción de la Institución Educativa
 | Original |  |  |
| 1. Historial Académico 100% créditos cumplidos
 | Original, con sellos y firma del responsable de control escolar.Actualizada  |  |  |
| 3.- Registro Federal de Contribuyentes | Cédula de Identificación Fiscal (formato completo). Actualizada no mayor a tres meses. Actualizado 1. ejemplares
 |  |  |
| 4.- Clave Única de Registro Poblacional | OriginalActualizada no mayor a tres meses.1. ejemplares
 |  |  |
| 5.-. Acta de Nacimiento  | Copia legible en tamaño carta1. ejemplares
 |  |  |
| 6.-. Constancia Domiciliaria | Recibo de luz, predial, agua o constancia de vecindadActualizada, no mayor a tres meses2 ejemplares |  |  |
| 7.- Certificado Médico No Escolar | Original y CopiaActualizado, no mayor a tres meses. Por parte de una Institución de Salud Pública |  |  |
| 8.- Vigencia de Derechos  | De la Institución de Salud que le otorgue su servicio médico.Actualizada, no mayor a tres meses.1. ejemplares
 |  |  |
| 9.- Identificación Oficial con Fotografía | IFE/INE/PasaporteVigente2 ejemplares ampliados al 200% ambos lados |  |  |
| 10.-Comprobante de vacunación (covid) | 1 tanto legible (**obligatorio**) y REFUERZOS |  |  |
| 11.- Fotografía  | Tamaño Infantil, Blanco y Negro, con uniformeTres fotografíasAutoadheribles PAPEL FOTOGRAFICO |  |  |

**Nombre y Firma del responsable del ISEM que cotejó los documentos.**