**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**CARTA COMPROMISO IRP**

## DRA- CLAUDIA TERESA CEDILLO ROJAS

**ENCARGADA DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**P R E S E N T E.**

LA O EL QUE SUSCRIBE, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ALUMNA O ALUMNO, INSCRITA O INSCRITO EN LA **LICENCIATURA EN MEDICINA** DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, CON MATRÍCULA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PROMEDIO\_\_\_\_\_\_\_\_ NO. DE SEGURIDAD SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; QUE PARTICIPARÁ EN LA **PROMOCIÓN DE OTOÑO 25 (JULIO 25-JUNIO 26)**, POR ESTE MEDIO LE INFORMO Y ME COMPROMETO A LO SIGUIENTE:

**INFORMO:**

1. QUE CONOZCO EL PLAN DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTE A LA LICENCIATURA EN MEDICINA, EN TODOS Y CADA UNO DE SUS TÉRMINOS. ---------------------------------------------------------------------------------
2. QUE TENGO PREVIO CONOCIMIENTO QUE, PARA PODER CURSAR LA PCI, PCII, PCIII, IRP y SS, ESTOY OBLIGADA U OBLIGADO A CUMPLIR PREVIAMENTE CON LOS REQUISITOS Y TRÁMITES ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA QUE SE PUBLIQUE, CON LAS INDICACIONES Y AVISOS QUE PUBLIQUE LA FACULTAD DE MEDICINA A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.
3. QUE ESTOY INFORMADA O INFORMADO, QUE EN CASO DE PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA DE IRP Y ELEGIR PLAZA EN ACTO PÚBLICO, O EN EL SUPUESTO DE CURSAR EL PROGRAMA QUE CORRESPONDA A TRAVÉS DE LA MODALIDAD QUE LA UNIDAD ACADEMICA DETERMINE POR CAUSA DE EMERGENCIA SANITARIA. EN CASO DE SER DADO(A) DE BAJA POR CUALQUIER MOTIVO, O PRESENTAR MI RENUNCIA O NO INSCRIBIR LA MATERIA, O NO PRESENTARME AL ACTO PÚBLICO, O REALIZAR AUTOGESTIÓN DE PLAZA, ESTARÉ REPROBADO(A) Y SOLO PODRÉ PARTICIPAR HASTA EL SEGUNDO PERIODO, POSTERIOR A QUE ME SEAN ASIGNADAS LAS CALIFICACIONES, EN UNA SEGUNDA LISTA, APEGANDOME A LO QUE ESTABLEZCA LA CONVOCATORIA CORRESPONDIENTE Y LA NORMATIVA UNIVERSITARIA. -----
4. QUE CONOZCO LOS AVISOS DE PRIVACIDAD INTEGRAL Y SIMPLIFICADO DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA, PUBLICADOS EN: [www.transparencia.buap.mx](http://www.transparencia.buap.mx). -------------------
5. EN CASO DE ENCONTRARME PARTICIPANDO EN LOS PROCESOS DE IRP, MENCIONADOS EN EL PUNTO 2 DEL PRESENTE APARTADO Y HABER ELEGIDO PLAZA FEDERAL CON BENEFICIO DE UNA BECA Y PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, ME COMPROMETO A NO RENUCIAR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, ATENDIENDO LO DISPUESTO EN EL PUNTO 3, ASÍ COMO AUTORIZO A LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA EL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO SOLICITADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD QUE CONTIENE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN FORMATO PDF: -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
* CARTA DE TRASLADO--------------------------------------------------------------------------------------------------
* CONSTANCIA DE ADSCRIPCIÓN Y ACEPTACIÓN (EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE SALUD). -------
* PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA. ---------------------------------------------------------------------------------------
* ACTA DE NACIMIENTO. -----------------------------------------------------------------------------------------------
* CURP. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
* CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL. ----------------------------------------------------------------------
* COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE. ------------------------------------------------------------------
* COMPROBANTE DE DOMICILIO. ------------------------------------------------------------------------------------
* HISTORIAL ACADEMICO SIMPLE O LEGALIZADO Y -------------------------------------------------------------
* CERTIFICADO MEDICO. -----------------------------------------------------------------------------------------------

LO ANTERIOR PARA FINES ACADÉMICOS Y ADMINISTRATIVOS CORRESPONDIENTES. ---------------------

1. EN CASO DE HABER ELEGIDO PLAZA DIFERENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD, AUTORIZO A LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA, PARA EL RESGUARDO DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN CORRESPONDIENTE PARA FINES ACADÉMICOS PROPIOS DE LOS PROCESOS MENCIONADOS EN EL PUNTO 2. -----------------------------------------------------
2. QUE EXPRESO MI PLENA INTENCIÓN DE DEJAR EXENTOS Y DESCARGAR DE TODA RESPONSABILIDAD A LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA Y A CUALQUIERA DE LOS INTEGRANTES QUE CONFORMAN LOS DIVERSOS SECTORES DE SU COMUNIDAD UNIVERSITARIA, POR EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, EN CASO DE SER TRANSFERIDOS A LA DEPENDENCIA DE SALUD QUE CORRESPONDA Y/O ALMACENADOS PARA FINES ACADÉMICOS. --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
3. QUE, EN CASO DE COMETER ALGÚN AGRAVIO, AL VIOLENTAR LA NORMATIVA MENCIONADA EN EL PUNTO 3, LA LEGISLACIÓN UNIVERSITARIA O LA NORMATIVA INSTITUCIONAL Y HOSPITALARIA DE LA SEDE A LA CUAL SERÉ ASIGNADO(A) VOLUNTARIAMENTE, DEBERÉ ACATAR LA SANCIÓN QUE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES DETERMINEN, NO CONSIDERANDO LA REUBICACIÓN EN OTRA SEDE HOSPITALARIA. ----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ME COMPROMETO A:**

1. CUMPLIR CON TODAS LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS, REGLAMENTOS Y RESPONSABILIDADES QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA SEDE O PLAZA QUE ELEGIRÉ DE MANERA VOLUNTARIA EN ACTO PÚBLICO, ASI COMO A TODO LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACIÓN UNIVERSITARIA. -----------
2. QUE UNA VEZ INSCRITA O INSCRITO, NO SE REALIZARÁN CAMBIOS DE SEDE POR PROPIA INICIATIVA; EN CASO CONTRARIO, ESTOY CONSCIENTE QUE SERÉ DADO (A) DE BAJA DE LA PLAZA DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO. --------------------------------------------------------------------------------------------------
3. CONCLUIR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DE UN AÑO (12 MESES CONTINUOS) DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA VIGENTE. -------------------------
4. CUMPLIR LOS REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS EN LA ASIGNATURA DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO ENTRE LOS QUE SE INCLUYEN: ----------------------------------------
	1. CURSAR LAS SIGUIENTES ASIGNATURAS: MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, PEDIATRÍA, URGENCIAS Y MEDICINA FAMILIAR. CADA ROTACIÓN TENDRÁ UNA DURACIÓN DE 2 MESES. -----------------------------------------------------
	2. APROBAR CADA ROTACIÓN CON CALIFICACIÓN MÍNIMA DE 6---------------------------------------
	3. CUMPLIR CON EL 100% DE ASISTENCIA-------------------------------------------------------------------
5. REALIZAR LAS ROTACIONES INTERHOSPITALARIAS (DE ACUERDO CON LA SEDE) Y SEGUIR LOS REGLAMENTOS DE LA SEDE Y/O SUBSEDE RECEPTORA, ASÍ COMO CUMPLIR CON TODA LA ROTACIÓN PARA SER MERECEDOR DE LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE. NO RENUNCIAR A ESTA ROTACIÓN O PODRÉ SER REPROBADO O REPROBADA DE LA ROTACIÓN CORRESPONDIENTE. ---------------------------
6. ENTRAR OBLIGATORIAMENTE EN EL HORARIO QUE EL SERVICIO CORRESPONDIENTE DESIGNE, DURANTE CADA DÍA DE MI ROTACIÓN. ------------------------------------------------------------------------------------
7. CUMPLIR CON TODAS LAS ACTIVIDADES QUE ME SEAN ASIGNADAS EN EL SERVICIO CORRESPONDIENTE POR ROTACIÓN Y ACABARLAS EN EL TIEMPO Y LA FORMA QUE SEAN SOLICITADAS.
8. CUMPLIR CON EL TOTAL DE LAS GUARDIAS ASIGNADAS, ES DECIR, EL 100% DE ELLAS Y TENER ESTRICTAMENTE PROHIBIDO SEAN CUBIERTAS POR OTRO MÉDICO INTERNO DE PREGRADO O PERSONAL DE SALUD. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------
9. MANTENER INFORMADAS A MIS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE CUALQUIER SITUACIÓN QUE SE PRESENTE CON RELACIÓN AL PROCESO QUE ESTOY CURSANDO. -------------------------------------------------
10. QUE EN CASO DE QUE PRESENTE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD, ACUDIRÉ, DE ACUERDO CON MI SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, ESTUDIOS DE GABINETE, OTROS. QUE SOLO SE PODRÁ PRESENTAR JUSTIFICANTE POR PARTE DE ESTE INSTITUTO, QUE ME COMPROMETO A SEGUIR CON LAS INDICACIONES MÉDICAS. ----------------------------------------------------------------------------
11. INFORMAR POR ESCRITO A LA JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL Y A LA COORDINACIÓN DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA BUAP, EN CASO DE TENER QUE ASISTIR A CUALQUIER CITA MÉDICA AGENDADA. -----------------------------------------------------------------------
12. NO REALIZAR NINGÚN TIPO DE PUBLICACIÓN EN REDES SOCIALES (IMÁGENES, AUDIO, VIDEO Y/O TEXTO), CON RELACIÓN A LOS PACIENTES, AL PERSONAL DE SALUD, NI A LA SEDE HOSPITALARIA, TAMPOCO COMPARTIR INFORMACIÓN DE LAS PARTES PREVIAMENTE MENCIONADAS, A TRAVÉS DE CUALQUIER TIPO DE RED SOCIAL Y/O MENSAJERÍA DE TEXTO INMEDIATO, LO CUAL QUEDA ESTRICTAMENTE PROHIBIDO Y EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, ESTOY CONSCIENTE DE QUE SERÉ DADO(A) DE BAJA, ACATANDO EL PUNTO 3 DE LA PRESENTE CARTA COMPROMISO. -------------------------
13. NO CONSUMIR NINGÚN TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, NI ENERGÉTICAS, NO CONSUMIR, INGERIR, NI USAR NINGÚN TIPO DE ESTIMULANTE, INCLUYENDO EL TABACO Y LA NICOTINA EN CUALQUIERA DE SUS PRESENTACIONES (ASÍ COMO VAPEADORES), QUEDA ESTRICTAMENTE PROHIBIDO EL USO, LA INGESTA Y/O CONSUMO DE CUALQUIER PSICOTRÓPICO, SUSTANCIA PSICOACTIVA, SOLVENTES Y/O DROGA LEGAL (SUSTANCIAS CONTROLADAS) O ILEGAL, ASÍ COMO LLEGAR A LA INSTITUCIÓN DE SALUD A LA CUAL ME ENCUENTRE ASIGNADO(A), BAJO LOS EFECTOS OCASIONADOS POR LAS SUSTANCIAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS, DURANTE TODO EL TIEMPO DEL PROGRAMA DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO. ---------------------------------------------------------------------------------
14. NO LLEVAR OBJETOS DE VALOR A MI HOSPITAL SEDE O SUBSEDE, Y EN CASO DE HACERLO, ENTIENDO QUE EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO NI MI INSTITUCIÓN DE SALUD, NI LA UNIVERSIDAD SON RESPONSABLES. ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
15. CUMPLIR CON ABSOLUTAMENTE TODAS LAS CONDICIONANTES ANTES MENCIONADAS Y EN CASO CONTRARIO, ESTOY CONSCIENTE DE QUE RECIBIRÉ LA SANCIÓN DETERMINADA POR LAS AUTORIDADES, INCLUYENDO LA BAJA DEL PROGRAMA DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO. ----
16. ACTUALIZAR MIS DATOS DE INFORMACIÓN INTERNA EN LA COORDINACIÓN QUE CORRESPONDA, EN CASO DE HABER REALIZADO ALGUN CAMBIO, COMO: NO. DE TELÉFONO, DOMICILIO, DATOS DE CONTACTO, ETC., LOS CUALES PUEDAN INTERFERIR EN MI LOCALIZACIÓN EN CASO DE SER NECESARIO. ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_ DE 202\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA ALUMNA O ALUMNO