**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**CARTA COMPROMISO**

## DC. LUIS GUILLERMO VÁZQUEZ DE LARA CISNEROS

**DIRECTOR 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 23 (JUL23-JUN24)**, 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 TRAVES DE LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
3. QUE ESTOY INFORMADA O INFORMADO, QUE EN CASO DE PARTICIPAR EN CUALQUIERA DE LOS PROCESOS SEÑALADOS EN EL PUNTO INMEDIATO ANTERIOR Y HABER ELEGIDO PLAZA O SEDE EN ACTO PUBLICO, O EN CASO DE CURSAR EL PROGRAMA QUE CORRESPONDA A TRAVES DE LA MODALIDAD QUE LA UNIDAD ACADEMICA DETERMINE YA SEA POR CAUSA DE LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA OCASIONADA POR EL VIRUS SARS2 COVID-19 O CUALQUIER OTRA, EN CASO DE SER DADO DE BAJA POR CUALQUIER MOTIVO, O PRESENTAR MI RENUNCIA O NO INSCRIBIR LA MATERIA, O NO PRESENTARME, O REALIZAR AUTOGESTIÓN DE PLAZA SIN PREVIO CONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LAS AUTORIDADES DE SALUD Y UNIVERSITARIAS CORRESPONDIENTES, ESTARÉ REPROBADO(A) Y SOLO PODRE PARTICIPAR HASTA EL 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 O SS, 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, 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 PRESENTACIÓN (EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE SALUD) -----------------------------------
* CONSTANCIA DE ADSCRIPCIÓN Y ACEPTACIÓN (EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE SALUD). -------
* FORMATO DE SEGURO DE VIDA (PROPORCIONADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD). ---------------
* ACUSE DEL **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIO SOCIAL PARA LA SALUD (SIASS). --------------------------------------------------------------------------------------**
* ACTA DE NACIMIENTO. -----------------------------------------------------------------------------------------------
* CURP. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
* RFC/CARTA 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 TRAVES DE LA COORDINACIÓN CORRESPONDIENTE PARA FINES ACADEMICOS 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 INFORMACION CONTENIDA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, EN CASO DE SER TRANSFERIDOS A LA DEPENDENCIA DE SALUD QUE CORRESPONDA Y/O ALMACENADOS PARA FINES ACADÉMICOS. --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ME COMPROMETO A:**

1. CUMPLIR CON TODAS LAS DISPOCISIONES 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 SIN EL CONCENSO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUE CORRESPONDA Y DE LAS AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA; EN CASO CONTRARIO, ESTOY CONSCIENTE QUE PODRÉ SER DADO DE BAJA DE LA PLAZA DE INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO. ---------------------------------
3. A CONCLUIR EL PERIODO CORRESPONDIENTE (UN AÑO) DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA. ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
4. A 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. A REALIZAR LAS ROTACIONES INTERHOSPITALARIAS (DE ACUERDO CON LA SEDE) Y SEGUIR LOS REGLAMENTOS DE LA SEDE RECEPTORA, ASÍ COMO CUMPLIR CON TODA LA ROTACIÓN PARA SER MERECEDOR DE LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE. NO RENUNCIAR A ESTA ROTACIÓN O PODRÉ REPROBADO O REPROBADA DE LA ROTACIÓN CORRESPONDITE. ------------------------------------------------
6. A MANTENER INFORMADAS A MIS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE CUALQUIER SITUACIÓN QUE SE PRESENTE CON RELACIÓN AL PROCESO QUE ESTOY CURSANDO. -------------------------------------------------
7. 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 PODRÁPRESENTAR JUSTIFICANTE POR PARTE DE ESTE INSTITUTO, QUE ME COMPROMETO A SEGUIR CON LAS INDICACIONES MÉDICAS. ----------------------------------------------------------------------------
8. 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