**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROFESIONAL ASOCIADO EN IMAGENOLOGÍA**

**CARTA COMPROMISO**

## DC. INDIANA DORISELLA TORRES ESCOBAR

**DIRECTORA SUSTITUTA 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 PROFESIONAL ASOCIADO EN IMAGENOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, CON MATRÍCULA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PROMEDIO\_\_\_\_\_\_\_\_ NO. DE SEGURIDAD SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; POR ESTE MEDIO LE INFORMO Y ME COMPROMETO A LO SIGUIENTE:

**INFORMO:**

1. QUE CONOZCO EL PLAN DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTE A PROFESIONAL ASOCIADO EN IMAGENOLOGÍA, EN TODOS Y CADA UNO DE SUS TÉRMINOS. --------------------------------------------------------
2. QUE TENGO PREVIO CONOCIMIENTO QUE PARA PODER CURSAR LA PCI, PCII, PCIII o PCIV, PPSySS, 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 PROFESIONAL ASOCIADO EN IMAGENOLOGÍA DE 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, ESTARÁ REPROBADA Y SOLO PODRE PARTICIPAR HASTA EL PERIODO SIGUIENTE EN UNA SEGUNDA LISTA, APEGANDOME A LO QUE ESTBALEZCA 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, 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. -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
* COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL.---------------------------------------------------------------------------------
* 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 PODRÉ REALIZAR CAMBIOS DE SEDE POR PROPIA INICIATIVA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUE CORRESPONDA Y SIN PREVIO CONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA; EN CASO CONTRARIO, ESTOY CONSCIENTE QUE PUEDO SER DADO DE BAJA EN LA PLAZA ELEGIDA. ---------------------------------------------
3. A CONCLUIR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA. -
4. A MANTENER INFORMADAS A MIS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE CUALQUIER SITUACIÓN QUE SE PRESENTE CON RELACIÓN AL PROCESO QUE ESTOY CURSANDO. ----------------------------------------------------
5. 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 2020.

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

FIRMA DE LA ALUMNA O ALUMNO