

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA**

CARTA COMPROMISO IRP

**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 PRIMAVERA 24 (ENE-DIC 24)**, 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, POSTERIORA 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. -----
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. -----
 - RFC/CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL. -----

NOMBRE COMPLETO Y
FIRMA _____

- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE. -----
- COMPROBANTE DE DOMICILIO. -----
- HISTORIAL ACADEMICO SIMPLE O LEGALIZADO Y -----
- CERTIFICADO MEDICO. -----

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

6. 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. -----
7. 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. -----
8. 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: -----
 - a. CURSAR LAS SIGUIENTES ASIGNATURAS: MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, PEDIATRÍA, URGENCIAS Y MEDICINA FAMILIAR. CADA ROTACIÓN TENDRÁ UNA DURACIÓN DE 2 MESES. -----
 - b. APROBAR CADA ROTACIÓN CON CALIFICACIÓN MÍNIMA DE 6-----
 - c. 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.

NOMBRE COMPLETO Y
FIRMA _____

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), EN 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. 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. ----
15. 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

NOMBRE COMPLETO Y
FIRMA _____