



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



**HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA
DIRECCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

REQUISITOS PARA SERVICIO SOCIAL		
1	Carta de Presentación por parte de la Escuela de Procedencia, con Firma Oficial en Azul y sello	
2	Tres fotografías tamaño infantil recientes a color o blanco y negro, adheribles y con su nombre atrás.	
3	Copia de Acta de Nacimiento Legible	
4	Copia de comprobante de domicilio reciente, si vive o es originario de otro lugar traer los dos comprobantes	
5	Copia de Credencial del INE	
6	2 Copias del CURP, imprimirlo desde la página oficial del gobierno actualizada, no se recibirá antiguos	
7	Kardex actualizado, constancia de calificaciones o Boleta	
8	Un protector de Hojas Nuevo	
9	Presentarse con esta Hoja y su papelería completa y de manera ordenada, como se lo pide la lista	

NOMBRE COMPLETO: _____

MATRICULA: _____ **UNIVERSIDAD:** _____

CARRERA O SERVICIO: _____

FECHA DE INICIO DE TU SERVICIO SOCIAL: _____

FECHA FINAL DE TU SERVICIO SOCIAL: _____

TURNO: _____

FIRMA



**Bldv. 14 Sur No. 4336, Col. Jardines de San Manuel
Puebla, Pue. CP. 72570
22 22 45 35 11 Ext. 1100**



COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

PRÁCTICAS PROFESIONALES		
1	Carta de Presentación por parte de la Escuela de Procedencia, con Firma Oficial en Azul y sello	
2	Tres fotografías tamaño infantil recientes a color o blanco y negro, adheribles y con su nombre atrás.	
3	Copia de Acta de Nacimiento Legible	
4	Copia de comprobante de domicilio reciente, si vive o es originario de otro lugar traer los dos comprobantes	
5	Copia de Credencial del INE	
6	2 Copias del CURP, imprimirlo desde la página oficial del gobierno actualizada, no se recibirá antiguos	
7	Kardex actualizado, constancia de calificaciones o Boleta	
8	Un protector de Hojas Nuevo	
9	Presentarse con esta Hoja y su papelería completa y de manera ordenada, como se lo pide la lista	

NOMBRE COMPLETO: _____

MATRICULA: _____ **UNIVERSIDAD:** _____

CARRERA O SERVICIO: _____

FECHA DE INICIO DE TU PRÁCTICA: _____

FECHA FINAL DE TU PRÁCTICA: _____

TURNO: _____

FIRMA





**GOBIERNO DE
MÉXICO**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



**HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA
DIRECCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**



**Bldv. 14 Sur No. 4336, Col. Jardines de San Manuel
Puebla, Pue. CP. 72570
22 22 45 35 11 Ext. 1100**