**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE**

**PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**DR. CELSO ENRIQUE CORTÉS ROMERO**

**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL**

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

CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5° CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE PROFESIONES Y LA LEY DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA, ARTÍCULO 11°. EL SUSCRITO:

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, SIENDO DÍA \_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_\_.

YO C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ASPIRANTE A LA SELECCIÓN DE **SERVICIO SOCIAL, EN LA PROMOCIÓN**

**1° DE FEBRERO 2026 AL 31 DE ENERO DE 2026** EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, CON MATRÍCULA

\_\_\_\_, PROMEDIO \_\_\_\_\_\_\_ NO. DE SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_\_\_,

TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; POR ESTE MEDIO ESTABLEZCO QUE ES DE MI CONOCIMIENTO Y MI COMPROMISO A LO SIGUIENTE PUNTOS A TRATAR:

**DECLARO:**

1. ESTAR PLENAMENTE INFORMADO SOBRE EL PLAN DE ESTUDIOS QUE MANEJA LA LICENCIATURA EN MEDICINA, EN TODOS Y CADA UNO DE SUS TÉRMINOS.
2. QUE TENGO TOTAL CONOCIMIENTO QUE, PARA PODER CURSAR EL SERVICIO SOCIAL, ESTOY OBLIGADA (O) A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS Y TRÁMITES ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA PUBLICADA POR LA FACULTAD DE MEDICINA A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL, ATENDIENDO ASÍ CON LAS INDICACIONES Y AVISOS.
3. AL PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE PLAZA PRIMAVERA 2026, SIENDO GENERACIÓN 2017 O ANTERIORES, EN CASO DE NO ELEGIR PLAZA DURANTE EL ACTO PÚBLICO, O POSTERIORMENTE OMITA INSCRIBIR LA ASIGNATURA, AUSENTARME/ RECHACE/ ABANDONE EL CAMPO CLÍNICO Y/O, SER DADO DE BAJA POR LA MISMA PLAZA, ASÍ COMO DEMÁS SUPUESTOS ESTABLECIDOS EN LA FRACCIÓN VII DE LA CONVOCATORIA PUBLICADA POR LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL PROMOCIÓN DEL 1° DE FEBRERO 2026 AL 31 DE ENERO DE 2027. PODRÉ PARTICIPAR EN LA SIGUIENTE CONVOCATORIA, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDA A LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA, SIN EMBARGO, SERÉ UBICADA(O) AL FINAL, EN SEGUNDA LISTA RESPETANDO EL PROMEDIO.

**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 DURANTE EL ACTO PÚBLICO, ASÍ COMO A TODO LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA PUBLICADA.

# CARTA COMPROMISO

**Página 1 de 2**



1. **QUE UNA VEZ INSCRITA(O), 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.**

1. CONCLUIR EL PERIODO CORRESPONDIENTE DEL SERVICIO SOCIAL QUE CONSTA OBLIGATORIAMENTE DE 12 **MESES CONTINUOS** DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA, **INICIANDO EL 1° DE FEBRERO 2025 AL 31 DE ENERO DE 2026**.
2. **NO TENER MÁS DE 3 FALTAS INJUSTIFICADAS EN UN PERIODO MENOR A TREINTA DÍAS** YA QUE EN CASO DE INCUMPLIR ESTO SERÉ DADO DE BAJA DEL SERVICIO SOCIAL DE MEDICINA.
3. CUMPLIR CON LOS HORARIOS INDICADOS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD RECEPTORA Y DE ACUERDO A LOS PROGRAMAS OPERATIVOS INTERNOS DE CADA UNIDAD.
4. MANTENER INFORMADAS A LAS AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE CUALQUIER SITUACIÓN QUE SE PRESENTE CON RELACIÓN A LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.
5. ACTUALIZAR MIS DATOS PERSONALES EN LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL, EN CASO DE HABER REALIZADO ALGÚN CAMBIO, COMO NO. DE TELÉFONO, DOMICILIO, DATOS DE CONTACTO, ETC., LOS CUALES PUEDAN INTERFERIR EN MI LOCALIZACIÓN EN CASO DE SER NECESARIO.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, HE LEÍDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN ESTA CARTA COMPROMISO.

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, \_ DE DEL 2026.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

**EL ALUMNO DEBERÁ ANEXAR:**

* COMPROBANTE DOMICILIARIO DE SU PADRE, MADRE O TUTOR
* NÚMERO DE CELULAR
* CORREO DE ALGUNO LOS TITULARES

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES CON EL OBJETIVO DE PODER TENER COMUNICACIÓN EN CASO DE ALGUNA EVENTUALIDAD.

**ANEXAR:**

* COPIA DEL INE DEL PADRE, MADRE O TUTOR
* **REALIZAR UNA FICHA DE IDENTIFICACIÓN** CON: o NO. DE TELÉFONO FIJO (CASA) o CORREO ELECTRÓNICO DE ALGUNO LOS TITULARES.

# CARTA COMPROMISO

**Página 2 de 2**