



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la selección, adscripción, evaluación y permanencia en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud  
2830-003-001

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina

Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dra. Rosana Pelayo Camacho  
Titular de la Unidad de Educación e Investigación

Dra. Laura Cecilia Bonifaz Alonzo  
Titular de la Coordinación de Investigación en Salud

Elaboró

C.P. Clarita Gregoria Soriano Aguirre  
Titular de la Jefatura de División de Investigación Clínica

COORDINACIÓN DE MOVIMIENTO Y COMPETITIVIDAD  
VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 29 SET. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación"



## ÍNDICE

### Página

1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	5
6	Descripción de actividades	9
7	Diagrama de flujo	15
	Anexos	
	Anexo 1 Solicitud para recibir apoyo económico complementario Clave: 2830-009-002	23
	Anexo 2 Carta de confidencialidad y resguardo de información Clave: 2830-009-003	31
	Anexo 3 Informe de actividades y evaluación del avance Clave: 2830-009-004	33



## 1. Base normativa

- Artículo 251 fracción XXIV de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículo 82 fracción I y IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre del 2006 y sus reformas.
- Numeral 7.1.2.2 párrafos 1, 10 y 12, y numeral 7.1.2.2.2 párrafos 3 y 12 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 08 de octubre de 2021.

## 2. Objetivo

Formar personal a través del Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud, para que contribuyan al desarrollo de protocolos de investigación y desarrollo tecnológico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en beneficio de la productividad científica del personal institucional y la atención médica de los derechohabientes.

## 3. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Investigación en Salud, la División de Investigación Clínica, las Coordinaciones de Planeación y Enlace Institucional en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, las Direcciones de Educación e Investigación en Salud en las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

## 4. Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 alumna o alumno:** Profesional de la salud que solicita su ingreso o ha sido aceptado en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud.

**4.2 apoyo económico complementario:** Recurso económico mensual que se otorga a los alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud y que cumplen con los requisitos establecidos en la convocatoria.



- 4.3 CAMI:** Coordinador Auxiliar Médico en Investigación, dependiente de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.
- 4.4 CIS:** Coordinación de Investigación en Salud.
- 4.5 convocatoria:** Documento que publica la Coordinación de Investigación en Salud de forma anual en el que se establecen los requisitos para la selección, adscripción, evaluación y permanencia en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud.
- 4.6 coordinador de programas:** Coordinador de Programas Médico adscrito a la División de Investigación Clínica, responsable del Programa de Formación de Recursos Humanos para la Investigación.
- 4.7 DEIS:** Director de Educación e Investigación en Salud de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.
- 4.8 grupo evaluador:** Grupo académico integrado por personal de salud del IMSS con experiencia reconocida en investigación en salud, que es seleccionado por la o el Titular de la CIS y cuyos integrantes permanecerán vigentes por tres años.
- 4.9 IMSS o Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.10 OOAD:** Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal, Regional o de la Ciudad de México.
- 4.11 plagio:** Apropiación de las ideas, procesos, resultados o palabras de otra persona sin otorgarle el crédito correspondiente.
- 4.12 revisor:** Personal del área de la salud del IMSS con experiencia reconocida en investigación en salud, en el caso de los OOAD serán quienes ocupen el cargo de CAMI y en las UMAE el cargo de DEIS.
- 4.13 SIRELCIS:** Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud, al cual tiene acceso todo el personal que realiza actividades de investigación y permite interactuar a las y los Investigadores con la CIS en las diferentes actividades de forma rápida, eficiente y oportuna.
- 4.14 tutora o tutor institucional:** Personal de salud que labora en el IMSS, con evaluación curricular vigente, emitida por el Grupo de Evaluación Curricular de Investigadores en Salud del IMSS, autorizado por la entidad educativa correspondiente para fungir como tutora o tutor en el programa de posgrado en el que está inscrito la alumna o el alumno.



**4.15 UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad; es un Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, con capacidad tecnológica y resolutive para otorgar atención médica a padecimientos de alta complejidad o con necesidad de recursos diagnóstico-terapéuticos sofisticados o altamente especializados, con rectoría técnico-médica en su ámbito y que fomenta la educación e investigación en salud.

## **5. Políticas**

### **Generales**

**5.1** El personal involucrado en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud del IMSS cumplirá lo establecido en el Código de Conducta y de prevención de conflictos de interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS.

**5.2** La Coordinación de Investigación en Salud a través de la División de Investigación Clínica tendrá la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos.

**5.3** El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre personas, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a cualquier sexo.

**5.4** El incumplimiento de las personas servidoras públicas involucradas en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

**5.5** La aceptación en Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud, no otorga a los alumnos el resto de las prestaciones y servicios a los que tienen derecho el personal institucional de base o de confianza.

**5.6** El apoyo económico complementario otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social culminará en el momento en el que termine el ciclo regular académico universitario de los cursos de maestría o doctorado en investigación; no hay prórrogas para trabajo de campo, realización de tesis, complementos académicos o para realizar estancias en el extranjero.

**5.7** La propiedad intelectual y/o industrial que derive de los protocolos de investigación que se autorizan y se lleven a cabo en el IMSS, son propiedad del Instituto.

**5.8** La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al "Procedimiento para la selección, adscripción, evaluación y permanencia en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos inscritos en cursos de Maestría o de



Doctorado en investigación del área de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2820-003-003, validado y registrado el 13 de mayo del 2021.

## **Específicas**

### **La Coordinación de Investigación en Salud**

**5.9** Establecerá y contribuirá en la ejecución de los programas académicos que permitan la formación y capacitación del personal de salud en investigación científica y desarrollo tecnológico en el Instituto.

**5.10** Determinará el proceso institucional de selección de alumnos para ingreso al Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud de acuerdo con los requisitos de las instituciones académicas nacionales que avalan y ejecutan los cursos.

**5.11** Efectuará el proceso de selección de alumnos al Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud”, de acuerdo con la Convocatoria y a la disponibilidad presupuestal.

**5.12** Difundirá entre el personal de salud de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Unidades Médicas de Alta Especialidad la Convocatoria del Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud”,

**5.13** Determinará los criterios de selección, adscripción, evaluación y permanencia en el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud, mismos que quedarán descritos en la Convocatoria. El periodo máximo de permanencia del alumno será de 2 años para maestría y 4 años para doctorado.

### **El Grupo Evaluador**

**5.14** Evaluará las solicitudes de ingreso, que se reciben para el Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud tomando en cuenta las recomendaciones emitidas por los Revisores acerca del protocolo de investigación y los informes de seguimiento técnico.

NOTA: Se identificará al CAMI, DEIS y al Grupo Evaluador como Revisores en la evaluación de solicitudes de ingreso al Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud.





**5.15** Analizará la eficiencia terminal mostrada por la tutora o tutor institucional en los últimos 4 años para determinar si puede participar y/o continuar como Tutora o Tutor del alumno solicitante del apoyo económico complementario, para brindarle alta probabilidad de obtener el grado.

**Coordinadores de Planeación y Enlace Institucional a través de los Coordinadores Auxiliares Médicos en Investigación (CAMI) y Directores de Educación e Investigación en Salud (DEIS).**

**5.16** Realizarán la difusión de las Convocatorias de forma anual a los Jefes de Educación e Investigación, Coordinadores Clínicos de Educación e Investigación en Salud, Directores de Centros de Investigación Biomédica, Jefes de Unidades de Investigación en Salud, a los Jefes de División de Investigación en Salud en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y Unidades Médicas de Alta Especialidad respectivamente.

**5.17** Darán seguimiento a las alumnas y alumnos inscritos en los cursos de Maestría y Doctorado, e informarán de los que concluyan el ciclo académico de forma semestral a través de SIRELCIS al Área de Evaluación del Desempeño de la División de Desarrollo de la Investigación en Salud.

**La Tutora o Tutor institucional**

**5.18** Deberá ser personal de salud con relación contractual de base o de confianza en el IMSS y reconocido como tutor por la entidad académica que otorga el curso de maestría o doctorado. Podrá tener simultáneamente un número ilimitado de alumnos de maestría o doctorado, siempre y cuando el Grupo Evaluador lo autorice.

**5.19** Integrará, en su caso, el expediente de una revelación de invención, con los resultados del protocolo de investigación de la tesis, y de acuerdo con los criterios y actividades del "Procedimiento para la solicitud, gestión, uso y explotación comercial de los títulos de propiedad intelectual e industrial, derivados de las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social", clave 2830-003-006.

**5.20** Deberá notificar oportunamente a la Coordinación de Investigación en Salud cuando, por cualquier causa justificada considere que es procedente dar de baja a la alumna o alumno del Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud.

**5.21** Deberá notificar a la Coordinación de Investigación en Salud y a la institución educativa que acredita el programa de posgrado cualquier desacuerdo que pueda surgir con las y los alumnos o sospecha de plagio, para que se tomen las medidas pertinentes.

**5.22** Podrá solicitar el ingreso de un alumno(a) al Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud, a



través de la “Solicitud para recibir apoyo económico complementario”, clave 2830-009-002 (Anexo 1) cuando:

- a) Esté inscrito en un programa de maestría o doctorado en investigación que se encuentre enlistado en el Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) publicado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), o cuenten con un Convenio de colaboración celebrado entre el IMSS y la institución de educación superior que acredita, y
- b) Cubra los demás requisitos que señale la Convocatoria vigente.

**5.23** Solicitará al alumno(a) firmar la “Carta de confidencialidad y resguardo de información”, clave 2830-009-003 (Anexo 2) cuando los resultados de la investigación científica y/o desarrollo tecnológico de su trabajo de tesis, así lo requieran.

**5.24** Informará al alumno(a) que será sometido a una evaluación semestral intermedia para solicitar renovación anual al Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud, para lo cual deberá enviar:

- a) Constancia de calificación mínima de 8.0 en todas las materias que haya cursado en el semestre o trimestre previo.
- b) Dictamen con registro institucional del protocolo de investigación de un Comité Local de Investigación en Salud o del Comité Nacional de Investigación Científica,
- c) Comprobante de inscripción en la entidad académica correspondiente en el semestre o trimestre subsecuente,
- d) El “Informe de actividades y evaluación del avance”, clave 2830-009-004 (Anexo 3) con aval de la tutora o tutor Institucional.

**5.25** Vigilará que el alumno(a) cumpla con los principios éticos y científicos inherentes a todo trabajo de investigación, así como los instructivos y procedimientos vigentes en el Instituto.

**5.26** Reiterará al alumno(a) que concluya los cursos de maestría o doctorado que no será necesariamente sujeto de contratación institucional.

**5.27** Vigilará que el alumno(a) no realice plagio, se abstenga de destruir o sustraer de las instalaciones donde se realiza el protocolo de investigación: información, muestras, expedientes o datos, relacionados con el protocolo de investigación en el que participa para la obtención de su grado de maestría o doctorado.





Responsable	Actividad
<p><b>6. Descripción de actividades</b></p> <p>Jefe de la División de Investigación Clínica</p> <p>Titular de la CIS</p> <p>Coordinador de Programas</p>	<p style="text-align: center;"><b>Etapa I Convocatoria</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Elabora anualmente la “Convocatoria” y la entrega a firma al Titular de la CIS.</li><li>2. Firma la “Convocatoria” y solicita su publicación en la página electrónica de la CIS.</li><li>3. Solicita al Coordinador de Programas difunda la “Convocatoria”.</li><li>4. Realiza la difusión de la “Convocatoria” a través de correo electrónico a CAMI, DEIS.</li></ol> <p style="text-align: center;"><b>Etapa II Solicitud de ingreso y evaluación</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Revisa a través de SIRELCIS la “Solicitud para recibir apoyo económico complementario”, clave 2830-009-002 (Anexo 1) y los “Documentos” que la alumna o alumno enviaron y verifica que estén completos y correctos de acuerdo con la “Convocatoria” vigente.</li></ol> <p style="text-align: center;"><b>No están completos y correctos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Informa a la alumna o alumno a través de SIRELCIS las deficiencias y le solicita su corrección. Continúa en la actividad 5.</li></ol> <p style="text-align: center;"><b>Están completos y correctos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Notifica a la alumna o alumno a través de SIRELCIS que su “Solicitud para recibir apoyo económico complementario”, clave 2830-009-002 (Anexo 1) ha sido aceptada para participar en el proceso de selección.</li><li>8. Notifica a través de correo electrónico al CAMI o DEIS según corresponda y al Grupo Evaluador que las propuestas se encuentran disponibles en SIRELCIS y solicita su atención a más tardar en 10 días hábiles.</li></ol>



<b>Responsable</b>	<b>Actividad</b>
CAMI/DEIS y Grupo Evaluador	<p><b>9.</b> Revisan la “Solicitud para recibir apoyo económico complementario” clave 2830-009-002 (Anexo 1) y los “Documentos” de acuerdo con la “Convocatoria” vigente de cada propuesta asignada.</p>
Coordinador de Programas	<p><b>10.</b> Envían sus “Recomendaciones” al Coordinador de Programas por correo electrónico.</p> <p><b>11.</b> Recibe correo electrónico con las “Recomendaciones” de los Revisores para cada propuesta, y elabora un “Concentrado de las evaluaciones” para ser presentado en la reunión de trabajo de selección de alumnos.</p>
Jefe de la División de Investigación Clínica	<p><b>12.</b> Comunica al Jefe de la División de Investigación Clínica que se puede efectuar la reunión de trabajo de selección de alumnos.</p> <p><b>13.</b> Convoca a reunión de trabajo de selección de alumnos, al Grupo Evaluador, a más tardar a los 10 días hábiles siguientes de haber recibido de los Revisores las revisiones completas mediante correo electrónico.</p>
Integrantes del Grupo Evaluador	<p><b>14.</b> Se reúnen y analizan el “Concentrado de las evaluaciones” para emitir un “Dictamen” a cada una de las propuestas, mismo que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprobado</li><li>• Rechazado</li></ul> <p><b>15.</b> Elaboran y firman la “Minuta” de la reunión de trabajo con el “Dictamen” para cada alumno y la entregan al Coordinador de Programa.</p>
Coordinador de Programas	<p><b>16.</b> Recibe la “Minuta” de la reunión de trabajo firmada y archiva en físico y digitaliza en SIRELCIS.</p> <p><b>17.</b> Informa a CAMI y DEIS según corresponda para su conocimiento y aceptación de los alumnos aprobados.</p> <p><b>18.</b> Informa al Jefe de la División de investigación Clínica que los CAMI o DEIS han aceptado a los alumnos aprobados.</p>





Responsable	Actividad
CAMI o DEIS	<p><b>25.</b> Reciben el original del “Oficio de presentación” y de los “Oficios de aceptación”, entregan el original a cada alumno recabando la firma de acuse de recibo en una copia.</p> <p><b>26.</b> Instruyen a los alumnos para firmar la “Carta de confidencialidad y resguardo de información”, clave 2830-009-003 (Anexo 2) y que realicen el trámite de acreditamiento a cuenta ante la oficina de Recursos Humanos de su Unidad de adscripción.</p> <p><b>27.</b> Ingresan a través de SIRELCIS cada “Oficio de aceptación” firmado con acuse de recibo de la o el alumno y cada “Carta de confidencialidad y resguardo de información”, 2830-009-003 (Anexo 2) firmada en original.</p>
Coordinador de Programas	<p><b>28.</b> Revisa a través de SIRELCIS que cada “Oficio de aceptación” y “Carta de confidencialidad y resguardo de información”, 2830-009-003 (Anexo 2) estén correctos y firmados.</p> <p>NOTA: El “Oficio de aceptación” y la “Carta de confidencialidad y resguardo de información”, 2830-009-003 (Anexo 2) deben ser legibles y tener el nombre completo sin abreviaturas, la fecha y la firma de la alumna o alumno en original.</p> <p style="text-align: center;"><b>Documentos correctos en el SIRELCIS</b></p> <p>Continúa en la actividad 30.</p> <p style="text-align: center;"><b>Documentos incorrectos en el SIRELCIS</b></p> <p><b>29.</b> Solicita al CAMI o DEIS el envío mediante el SIRELCIS hasta su corrección.</p> <p>Continúa en la actividad 30.</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapas III Seguimiento</b></p>
Tutora o Tutor Institucional	<p><b>30.</b> Recibe de la alumna o alumno a través del SIRELCIS, el “Informe de actividades y evaluación del avance”, clave 2830-009-004 (Anexo 3), anota sus observaciones y lo envía a través de SIRELCIS al Coordinador de Programas.</p>



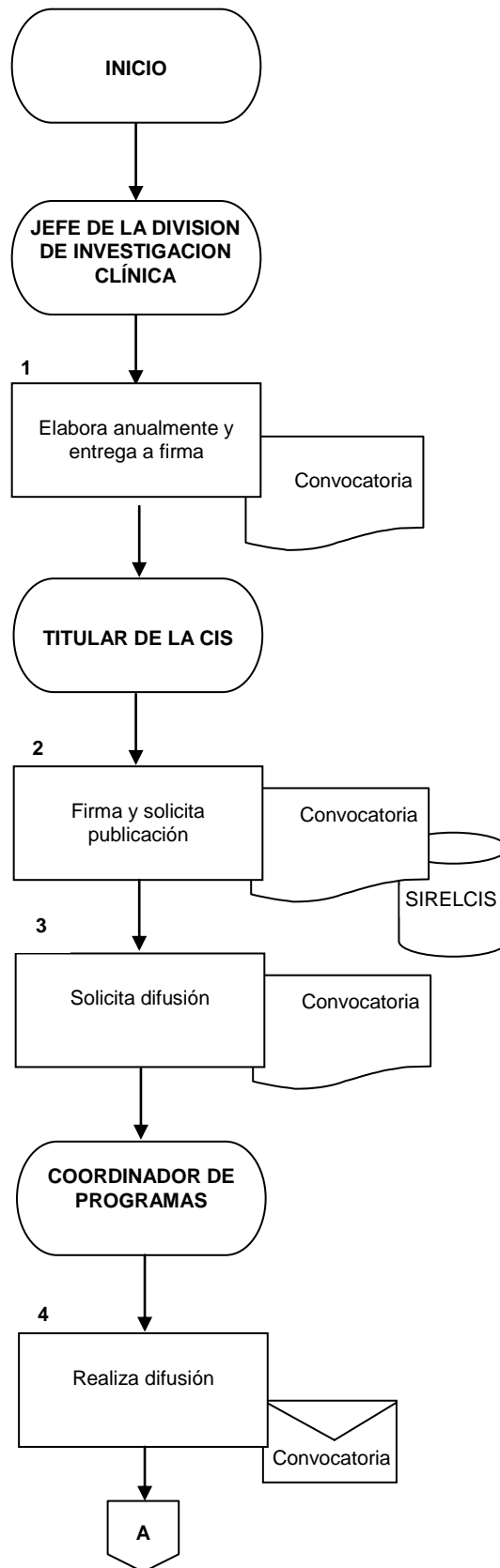
Responsable	Actividad
Coordinador de Programas	<p><b>31.</b> Revisa a través de SIRELCIS que el “Informe de actividades y evaluación del avance”, clave 2830-009-004 (Anexo 3) y los “Documentos” estén completos y correctos.</p> <p>NOTA Los “Documentos” son los mencionados en la política 5.24.</p> <p><b>El informe y/o los documentos no están completos y correctos</b></p> <p><b>32.</b> Informa a la alumna o alumno a través de SIRELCIS las deficiencias y solicita su corrección. Continúa en la actividad 30.</p> <p><b>El informe y los documentos están completos y correctos</b></p> <p><b>33.</b> Revisa que los “Documentos” cumplan con los requisitos solicitados en la “Convocatoria” vigente para que la alumna o alumno pueda continuar con el apoyo económico complementario.</p> <p><b>Los documentos cumplen con los requisitos de la Convocatoria</b></p>
Coordinador de Programas	<p><b>34.</b> Informa a la alumna o alumno a través de SIRELCIS que para continuar recibiendo el beneficio del Programa de apoyo económico complementario deberá enviar cada año, a través de SIRELCIS la “Solicitud para recibir apoyo económico complementario”, clave 2830-009-002 (Anexo 1) y los “Documentos” de acuerdo con la “Convocatoria” vigente.</p> <p>NOTA: El proceso de permanencia corresponde al descrito de la actividad 5 a la 29 de este procedimiento.</p> <p>Continúa en la actividad 5.</p> <p><b>Los documentos no cumplen con los requisitos de la Convocatoria</b></p> <p><b>35.</b> Informa al alumno o alumna y a su tutor o tutora a través de SIRELCIS su baja del Programa de apoyo económico complementario para alumnos</p>

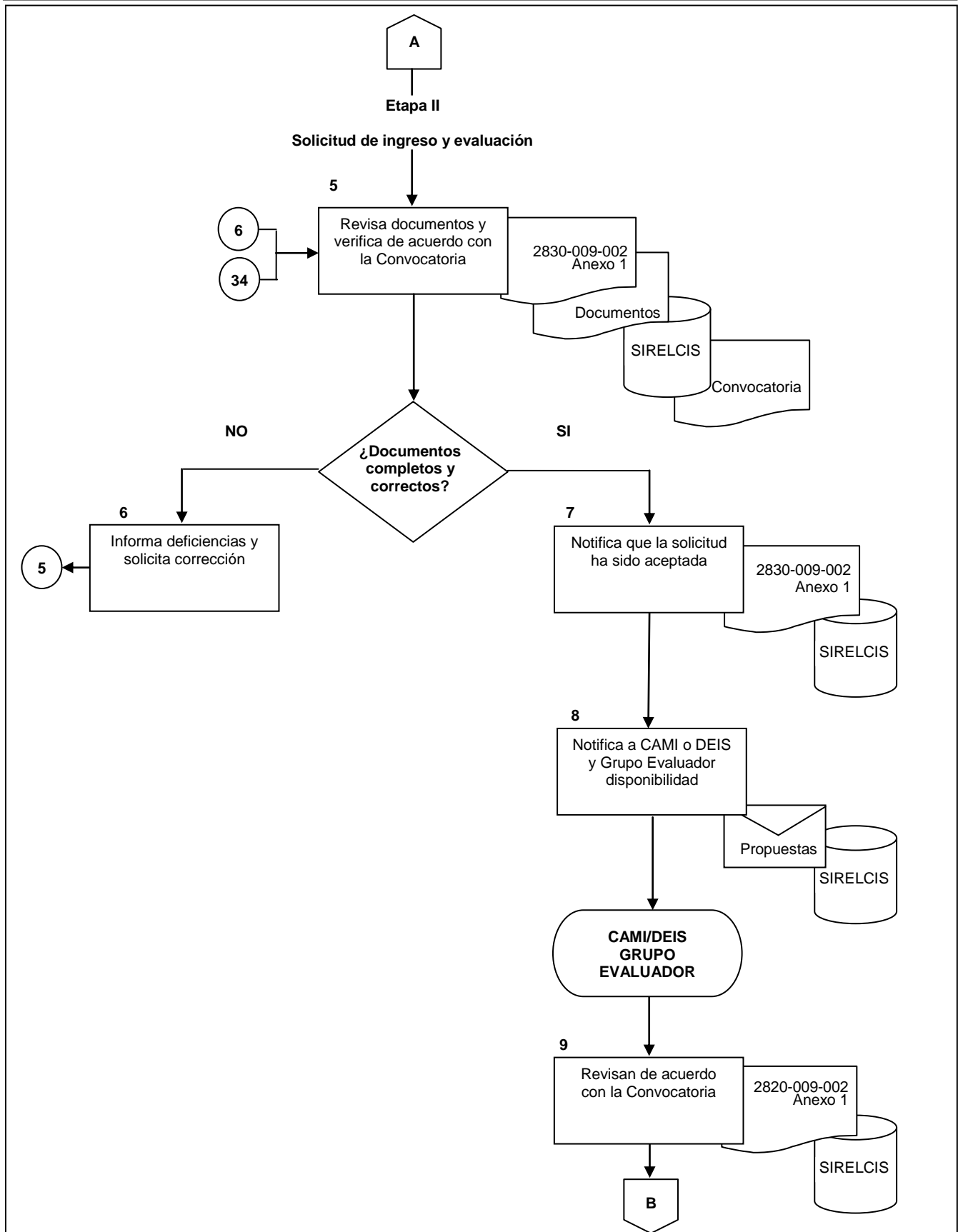


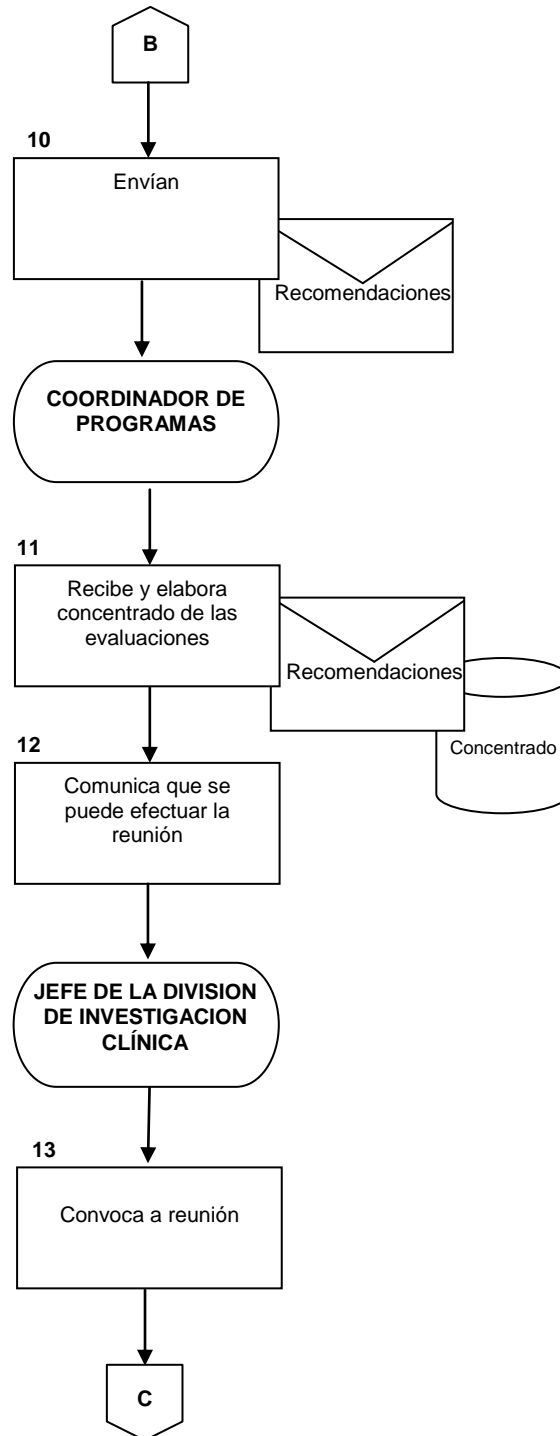


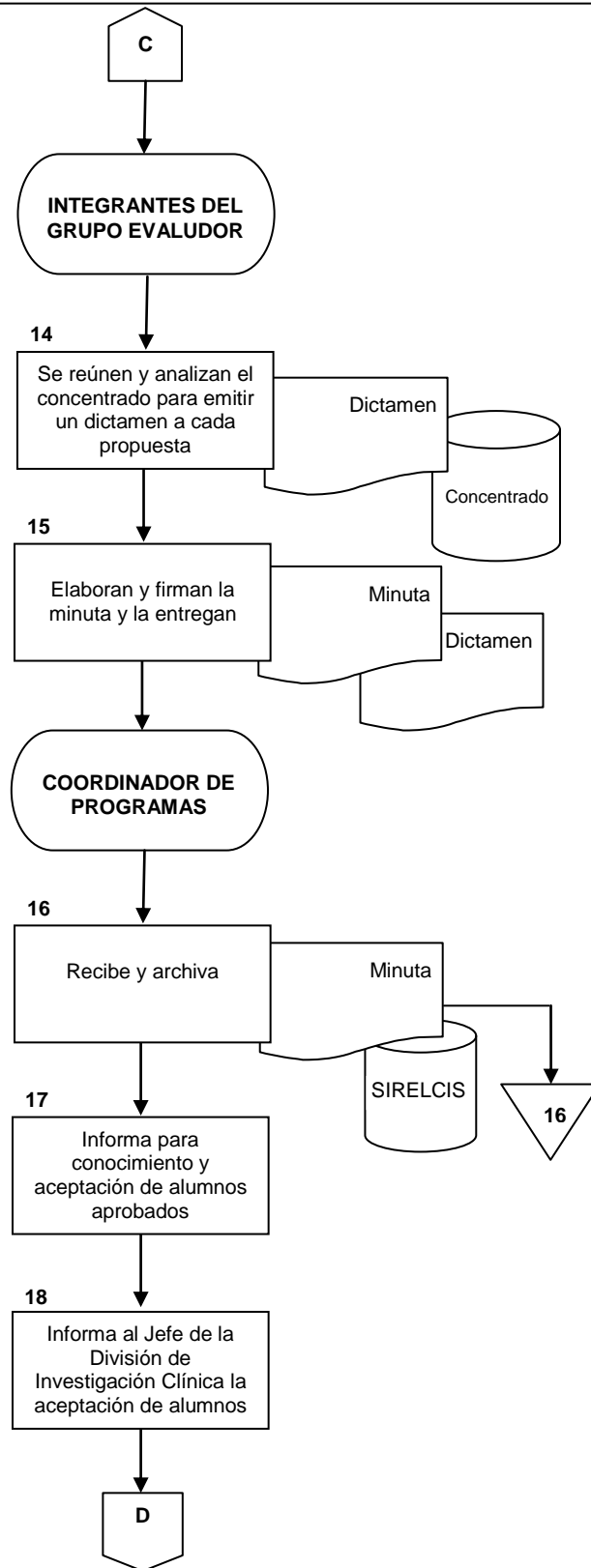


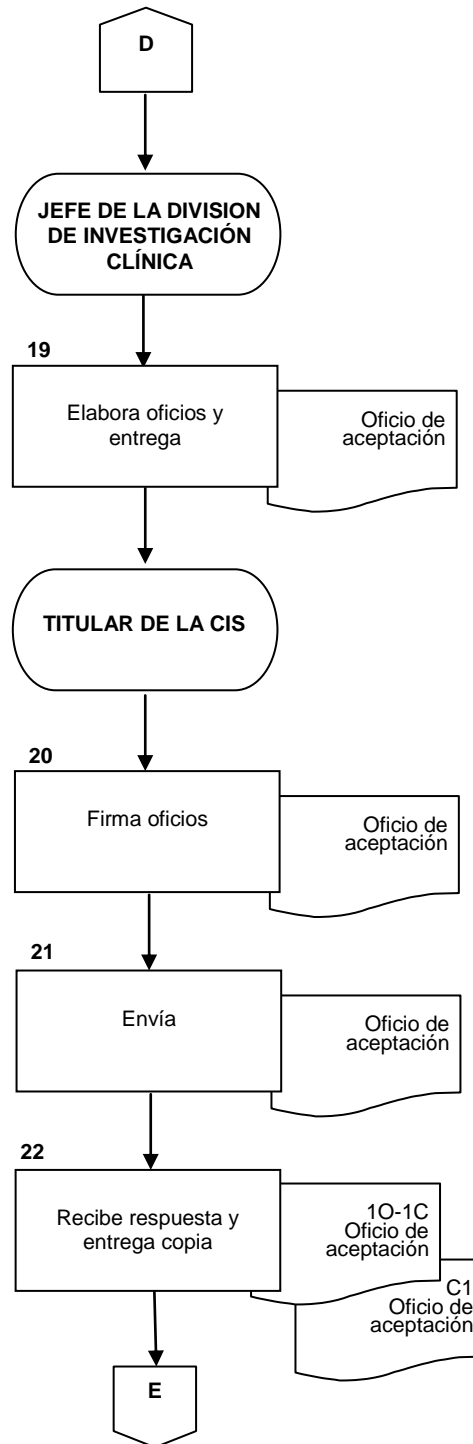
### 7. Diagrama de flujo

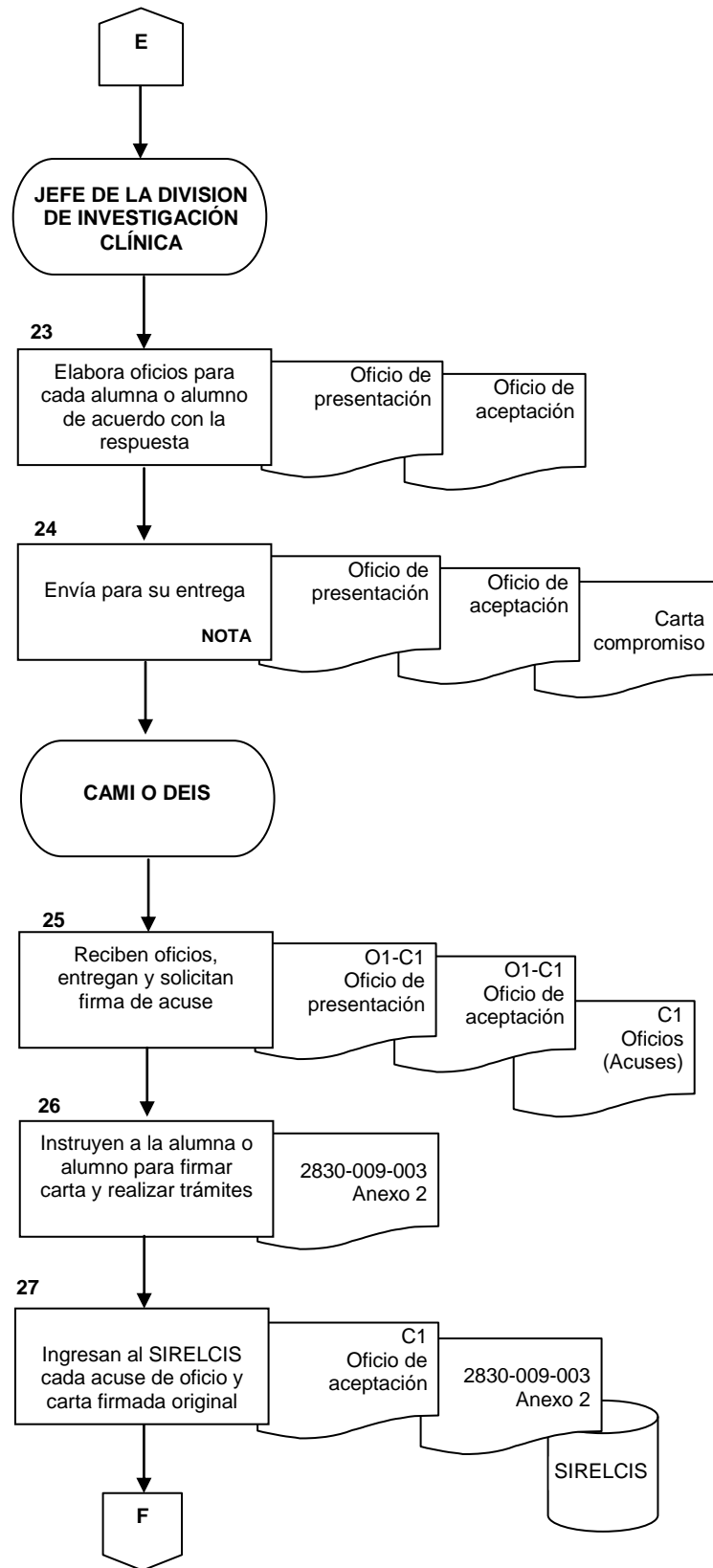




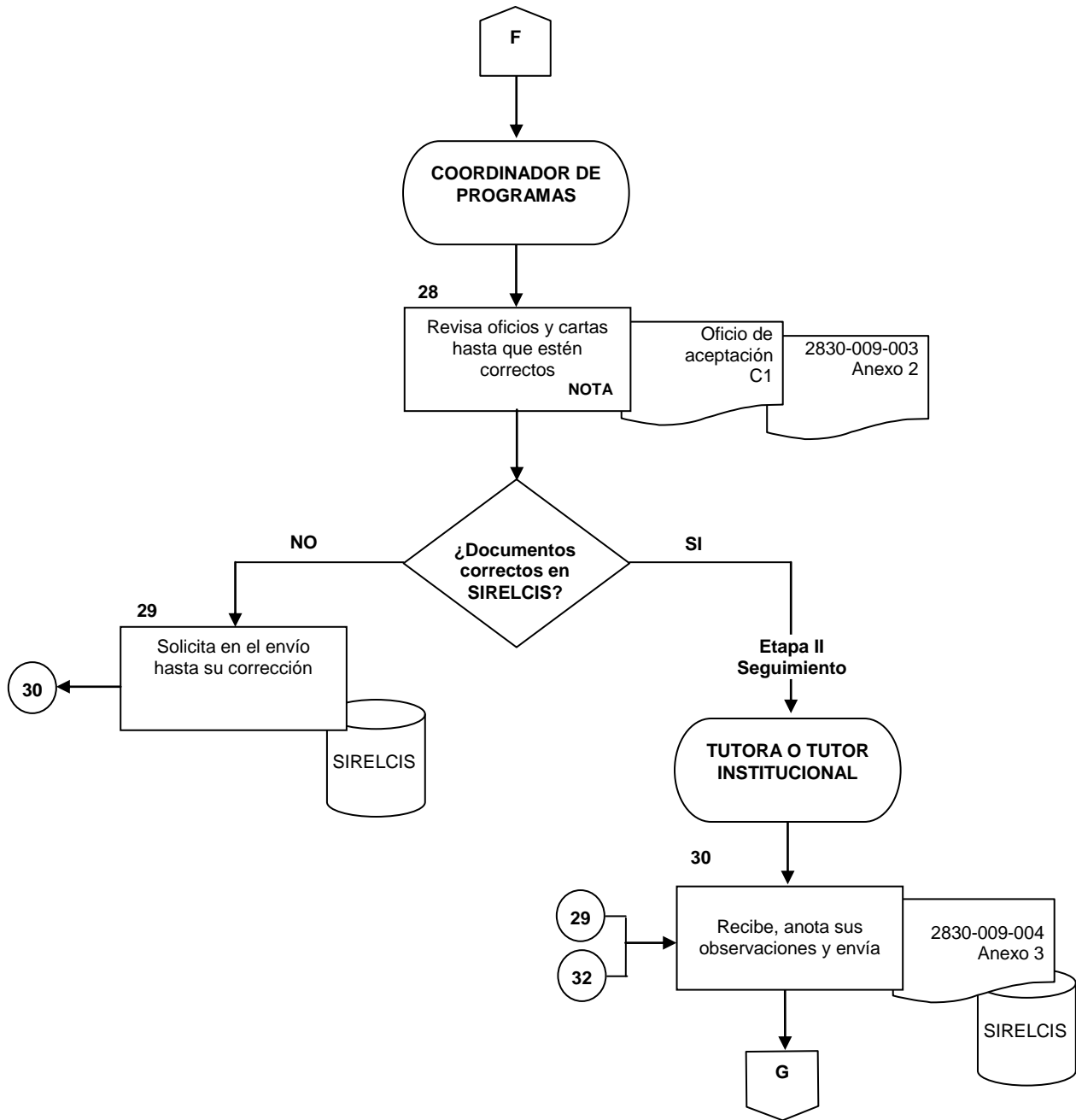


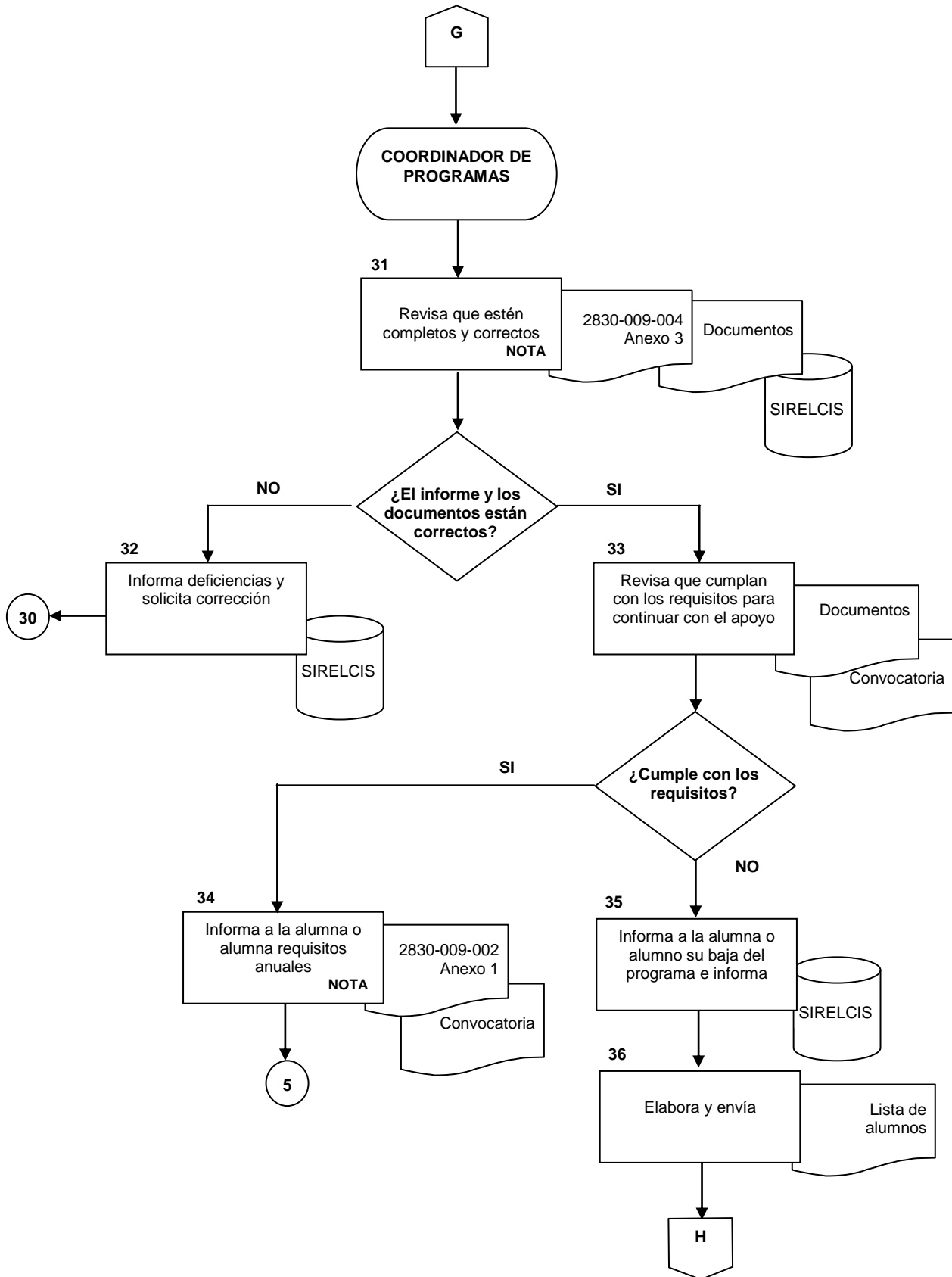


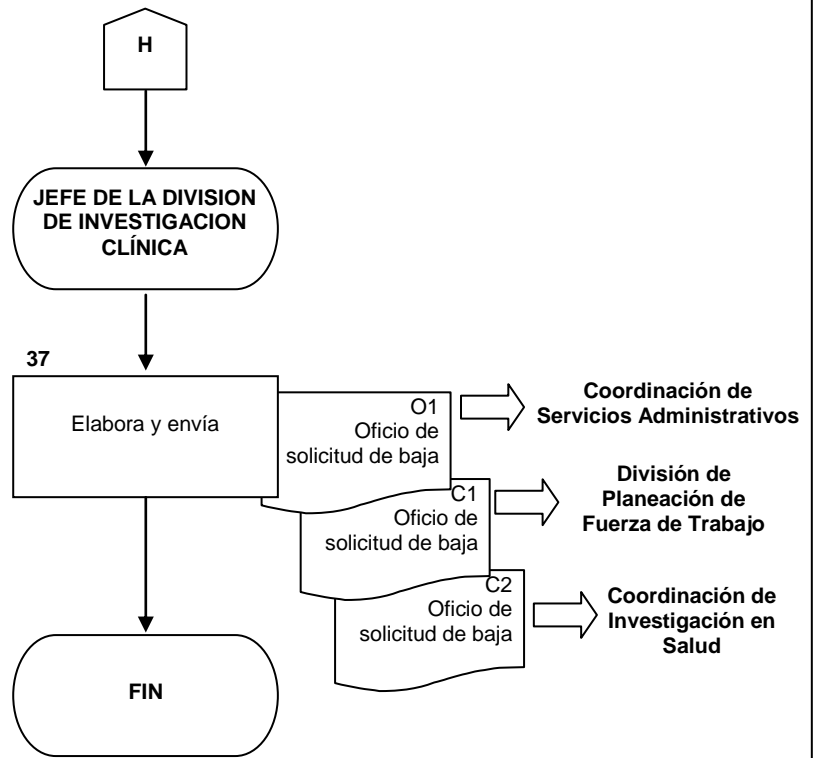














**ANEXO 1**

**Solicitud para recibir apoyo económico complementario  
2830-009-002**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**SOLICITUD PARA RECIBIR APOYO ECONOMICO COMPLEMENTARIO**

Folio:

1

Fecha de solicitud:

2

Tipo de solicitud:

3

**I. FICHA DE IDENTIFICACION DEL ALUMNO**

Nombre:

4

Apellido paterno

5

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento:

Edad:

Género:

8

6

7

No. telefónico particular:

No. telefónico móvil:

9

Domicilio particular:

C.P.

10

11

CURP:

RFC:

12

13

Correo electrónico:

Correo electrónico alternativo:

14

Matrícula (si aplica) :

15

Tipo de becario:

16

Grado académico por cursar:

17

Disciplina:

18

Área del conocimiento:

Área de la salud:

19

20

**II. FORMACION ACADEMICA**

Promedio de Licenciatura:

21

Grado	Cédula Profesional	Documento probatorio
Licenciatura	22	23
Maestría		
Doctorado		
Subespecialidad/Especialidad		
Otro		



**III DATOS DEL TUTOR INSTITUCIONAL**

Nombre:

24

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

25

Grado máximo de estudios:

Calificación curricular vigente:

26

Nivel SNI:

27

28

Adscripción:

OOAD/UMAE:

29

30

No. telefónico oficina:

Extensión:

Correo electrónico:

31

Correo electrónico alternativo

**IV. UNIDAD INSTITUCIONAL DONDE REALIZARA LAS ACTIVIDADES DE POSGRADO**

OOAD/UMAE

32

Adscripción

33

CAMI/DEIS responsable:

34

Adscripción:

35

No. telefónico oficina:

36

Extensión

Correo electrónico:

37

Correo electrónico alternativo

**V. DATOS DEL PROGRADO PARA EL QUE SOLICITA EL APOYO**

Institución académica sede:

38

Estado:

39

Categoría CONACyT:

40

Semestre/trimestre:

41

Semestre/trimestre a cursar:

42

Fecha de inicio:

año/mes/día

43

Fecha de término:

año/me

44

Número de registro del protocolo de investigación por el CLIS o la CNIC:

45

Título del protocolo de investigación:

46

Nota: la alumna o alumno es el responsable de la veracidad de la información contenida en esta solicitud, así como del correcto llenado de la misma.

2830-009-002





**ANEXO 1**  
**Solicitud para recibir apoyo económico complementario**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1.	Folio	Número consecutivo generado por el SIRELCIS.
2.	Fecha de solicitud	El día, mes y año en que se requisita el formato.
3.	Tipo de solicitud	Señale si la solicitud es de ingreso o permanencia.
<b>I. Ficha de identificación del alumno</b>		
4.	Nombre del alumno	El apellido paterno, materno y nombre (s) del alumno.
5.	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del alumno.
6.	Edad	Edad cumplida a la fecha de la solicitud.
7.	Género	Masculino o Femenino
8.	Número telefónico particular	El número telefónico completo
9.	Número telefónico móvil	El número telefónico completo de una unidad móvil particular.
10.	Domicilio particular	La dirección particular completa incluyendo colonia, alcaldía o municipio, estado.
11.	CP	Código Postal del domicilio particular.
12.	CURP	Clave Única de Registro Poblacional.
13.	RFC	Registro Federal de Contribuyentes.
14.	Correo electrónico	La (s) dirección (es) electrónica (s) del alumno.
15.	Matrícula	El número de identificación del trabajador en el IMSS que aparece en el tarjetón de pago (si aplica)
16.	Tipo de becario	Tiempo (en años) que ha recibido apoyo económico complementario: I, II, III.

2830-009-002



**ANEXO 1**  
**Solicitud para recibir apoyo económico complementario**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
17	Grado académico por cursar	Grado académico para el que solicita el apoyo complementario: Maestría o Doctorado.
18.	Disciplina	Se refiere al área de las ciencias de la salud en las que se realiza el posgrado: nefrología, cirugía, endocrinología, inmunología, biología, etc.
19.	Área del conocimiento	Señale el área de conocimiento que aparece en la carta de aceptación de la Institución académica.
20.	Área de la salud	Al que corresponda Clínica-Médica, Socio médica, Biomédica, etc.
<b>II. Formación académica</b>		
21.	Promedio de Licenciatura	Promedio final que corresponde a las calificaciones obtenidas durante la Licenciatura.
22.	Número de cédula Profesional por grado académico	Número por medio del cual se autoriza oficialmente a una persona a ejercer su profesión, emitido por la Secretaría de Profesiones.
23	Documento probatorio por grado académico	Documento emitido por la Institución Educativa que sustenta los estudios cursados.
<b>III. Datos del Tutor Institucional</b>		
24	Nombre completo	El apellido paterno, materno y nombre (s)
25	Grado máximo de estudios	Último grado académico avalado por una Institución Educativa.
26	Calificación curricular vigente	Calificación curricular otorgada por el Grupo de Evaluación Curricular de Investigadores en Salud.
27	Nivel SNI	Nivel de Investigador otorgado por el Sistema Nacional de Investigadores.
28	Adscripción	Nombre y tipo de la unidad administrativa del IMSS a la que está adscrito el Tutor Institucional. <span style="float: right;">2830-009-002</span>



**ANEXO 1**  
**Solicitud para recibir apoyo económico complementario**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
29	OOAD/UMAE	El nombre del OOAD o UMAE del IMSS que corresponde a la adscripción del Tutor Institucional
30	Número telefónico oficina	El número telefónico completo correspondiente al lugar en donde labora el Tutor Institucional, la extensión y número de red institucional.
31	Correo electrónico	Correo electrónico institucional y/o un correo alternativo del Tutor Institucional.

**IV Unidad Institucional donde se realizarán las actividades de posgrado**

32	OOAD/UMAE	El nombre del OOAD o UMAE del IMSS donde se realizará el curso de posgrado.
33	Adscripción	Nombre y tipo de la unidad administrativa del IMSS donde se realizará el curso de posgrado.
34	CAMI/DEIS responsable	Nombre del Coordinador Auxiliar Médico en Investigación o del Director de Educación e Investigación en Salud responsable de las actividades de investigación.
35	Adscripción	Nombre y tipo de la unidad administrativa del IMSS donde labora el Coordinador Auxiliar Médico en Investigación o el Director de Educación e Investigación en Salud.
36	Número telefónico oficina	El número telefónico completo correspondiente al lugar en donde labora el Coordinador Auxiliar Médico en Investigación o el Director de Educación e Investigación en Salud, la extensión y número de red institucional.
37	Correo electrónico	Correo electrónico institucional y/o un correo alternativo. del Coordinador Auxiliar Médico en Investigación o el Director de Educación e Investigación en Salud.

2830-009-002



**ANEXO 1**  
**Solicitud para recibir apoyo económico complementario**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.	DATO	ANOTAR
<b>V. Datos del posgrado para el que solicita el apoyo</b>		
38	Institución académica sede	Institución de educación superior que tenga convenio con el IMSS para cursos de Maestría o Doctorado, o que pertenezcan al Padrón de Excelencia de CONACyT.
39	Estado	Entidad Federativa donde se ubica la Institución de Educación Superior.
40	Categoría CONACyT	Señale la categoría que indica la Convocatoria de CONACyT para el curso de Maestría o doctorado que cursa.
41	Semestre/trimestre	Indicar si su plan de estudio es semestral o trimestral.
42	Trimestre o semestre para cursar	Número total de trimestres o semestres a cursar durante el periodo de apoyo complementario.
43	Fecha de inicio	Fecha en el que inicia el periodo de apoyo complementario.
44	Fecha de término	Fecha en el que termina el periodo de apoyo complementario.
45.	Número único de registro institucional	El número de registro que otorga el Comité Local de Investigación en Salud o el Comité Nacional de Investigación Científica al protocolo de investigación autorizado para su desarrollo en el IMSS.
46	Título del protocolo de investigación	El nombre completo del protocolo de investigación en salud autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud o el Comité Nacional de Investigación Científica, como fue registrado.

2830-009-002



**ANEXO 2**

**Carta de confidencialidad y resguardo de información  
2830-009-003**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACION**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, manifiesto que es mi voluntad participar en el *Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de Maestría o Doctorado de investigación en el área de la salud*, y que no tengo interés personal, laboral, profesional, familiar o de negocios alguno que pueda afectar el desempeño en participación en el protocolo de investigación que designe mi tutor IMSS y que será motivo de mi tesis de \_\_\_\_\_ (nombre del posgrado).

Me comprometo a:

- Mantener la reserva y confidencialidad de toda la información del IMSS a la que tenga acceso.
- No divulgar a terceras personas físicas o morales el contenido de la información.
- No usar la información directa o indirectamente en beneficio propio o de terceros, excepto para cumplir a cabalidad con la obtención de mi grado de maestría o doctorado.
- No revelar total ni parcialmente a ningún tercero la información obtenida como consecuencia directa o indirecta de las conversaciones a que haya habido lugar.
- No enviar a terceros, archivos que contengan la información precisada del protocolo o del establecimiento a través de correo electrónico u otros medios a los que tenga acceso, sin la autorización de mi tutor IMSS.
- Guardar reserva y confidencialidad de los asuntos que lleguen a mi conocimiento con motivo del trabajo que desempeño y en específico a la información precisada.
- Informar a mi tutor IMSS cualquier situación que pueda afectar el desarrollo del protocolo de investigación y mi desempeño en el programa de posgrado.
- Conducirme con respeto hacia mi tutor, compañeros y personal del IMSS con quienes interactúe durante la realización de mi posgrado.
- Firmar los documentos de confidencialidad y resguardo de información cuando los resultados del protocolo requieran ser protegidos para generar propiedad intelectual e/o industrial.
- No realizar plagio, destruir o sustraer de las instalaciones donde se realiza el protocolo de investigación: información, muestras, expedientes o datos, relacionados con el protocolo de investigación en el que participo para la obtención de mi grado de maestría o doctorado.
- Cumplir con los principios éticos y científicos inherentes a todo trabajo de investigación, así como los instructivos y procedimientos vigentes en el Instituto.

En caso de incumplimiento de lo estipulado en el presente documento, me someto a ser dado de baja del *"Programa de apoyo económico complementario para alumnos sin relación contractual con el Instituto Mexicano del Seguro Social, inscritos en cursos de maestría o doctorado de investigación en el área de la salud"*, o a las sanciones que de acuerdo con la falta apliquen.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma

2830-009-003



**ANEXO 3**

**Informe de actividades y evaluación del avance  
2830-009-004**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INFORME DE ACTIVIDADES Y EVALUACION DEL AVANCE**

Fecha:				Fecha en que se otorgó el apoyo económico complementario por primera vez:			
1						2	
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

Nombre del Alumno: 3

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)

Número de registro del protocolo de investigación asignado por el CLIS o el CNIC: 4

Título del protocolo de investigación motivo de tesis: 5

Nombre del Tutor: 6

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre (s)

Opinión del Tutor 7





**DESCRIPCION DE ACTIVIDADES ACADEMICAS**  
**(para ser llenado por el alumno)**

**UTILICE UN FORMATO POR SEMESTRE O TRIMESTRE ACADEMICO**

Grado  
Académico

8

Doctorado

Maestría

Trimestre  
Semestre:

9

Descripción de actividades académicas en el protocolo de investigación:

Avance

10

Pendientes

11

2830-009-004



**ANEXO 3**  
**Informe de actividades y evaluación del avance**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Fecha	El día, mes y año en que se entrega el formato requisitado.
2	Fecha en que se otorgó el apoyo económico complementario	La fecha de inicio de periodo en que se otorga el apoyo económico complementario por primera vez.
3	Nombre del Alumno	El apellido paterno, materno y nombre (s) del alumno.
4	Número único de registro institucional	El número de registro que otorga el Comité Local de Investigación en Salud o el Comité Nacional de Investigación Científica al protocolo de investigación autorizado para su desarrollo en el IMSS.
5	Título del protocolo de investigación	El nombre completo del protocolo de investigación en salud autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud o el Comité Nacional de Investigación Científica como fue registrado.
6	Nombre del Tutor	El apellido paterno, materno y nombre (s) del Tutor Institucional.
7	Opinión del Tutor	La descripción que el Tutor Institucional emite acerca del desempeño del alumno y del avance alcanzado en el protocolo de investigación.
8	Grado académico	Indicar si es maestría o doctorado.
9	Trimestre o Semestre	Señale en el recuadro correspondiente al trimestre o semestre que informa.
10	Descripción de actividades académicas en el protocolo de investigación	La explicación detallada de las actividades realizadas, el avance y los pendientes en el semestre que informa.
11	Pendientes	Anotar los faltantes comprometidos por semestre o trimestre según corresponda

2830-009-004