



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la administración del programa de  
servicio social y prácticas profesionales  
1A90-003-003

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Lic. Borsalino González Andrade  
Titular de la Dirección de Administración

Revisó

Lic. Alejandro Martínez Marquina  
Titular de la Unidad de Personal

Lic. Sergio Camacho Mendoza  
Titular de la Coordinación de Capacitación

Elaboró

Mtro. Eduardo Morales Aguirre  
Titular de la Coordinación Técnica de Capacitación

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN  
Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 29 NOV. 2021

"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

		<b>Página</b>
1	Base normativa	4
2	Objetivo	4
3	Ámbito de aplicación	4
4	Definiciones	5
5	Políticas	7
6	Descripción de actividades	17
7	Diagrama de flujo	28
	Anexos	
Anexo 1	Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-007	37
Anexo 2	Constancia de exención de servicio social Clave 1A90-009-008	41
Anexo 3	Credencial de identificación para servicio social o prácticas profesionales Clave 1A90-022-001	45
Anexo 4	Carta de término de servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-009	48
Anexo 5	Instrucciones de operación del Módulo de servicio social en el SIAP. Clave 1A90-005-001	52
Anexo 6	Bases de colaboración para la realización de servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-001	70
Anexo 7	Carta de confidencialidad del uso de la información Clave 1A90-009-010	79



## ÍNDICE

		<b>Página</b>
Anexo 8	Derechos y obligaciones de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-011	82
Anexo 9	Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-002	86
Anexo 10	Cédula de datos básicos de la persona que realiza servicio social o prácticas profesionales. Clave 1A90-009-012	91



## 1 Base normativa

- Artículo 5 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 y sus reformas.
- Artículos 52, 53 y 55 de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 1945 y sus reformas.
- Artículo 137 de la Ley General de Educación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2019 y sus reformas.
- Artículos 52 y 91 del Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de octubre de 1945 y sus reformas.
- Reglamento para la prestación de servicio social de los estudiantes de las instituciones de Educación Superior en la República Mexicana, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 1981.
- Artículos 2, Fracción IV y V, 3, Fracción II y 5, y Artículo 69, Fracción XI, inciso c) del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numerales 7.1.2.2 párrafos 1 y 8, 7.1.2.2.1 párrafos 1 y 12 y 7.1.2.2.1.1 párrafos 1, 3 y 11, del Manual de Organización de la Dirección de Administración validado y registrado el 8 de octubre de 2021.
- Reglamento de Becas para la Capacitación de los Trabajadores del Seguro Social inserto en el Contrato Colectivo de Trabajo vigente.

## 2 Objetivo

Establecer las políticas y actividades que permitan administrar los procesos para la realización y acreditación del servicio social y prácticas profesionales de los estudiantes dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para la Coordinación de Capacitación, la Coordinación Técnica de Capacitación, la División de Capacitación para el Nivel Central, las Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos de los Órganos Normativos, las Jefaturas de Servicios de Desarrollo de Personal y los



Departamentos de Capacitación y Transparencia de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.

El servicio social y prácticas profesionales relativos al desarrollo de actividades relacionadas con carreras del área de la salud estarán regulados por la Dirección de Prestaciones Médicas.

#### 4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

**4.1 abono exitoso:** Resultado que proporciona la Institución Bancaria, la cual refleja que fue realizado el apoyo económico a los prestadores de servicio social y prácticas profesionales, incorporados en el Instituto.

**4.2 abono no exitoso:** Resultado que proporciona la Institución Bancaria, que refleja que no fue realizada la aportación económica a los prestadores de servicio social y prácticas profesionales, a causa de algún rechazo.

**4.3 apoyo económico:** Aportación monetaria que se otorga a quienes realizan su servicio social o prácticas profesionales, sujeta a disponibilidad presupuestal.

**4.4 áreas usuarias:** Cualquier área de los Órganos Normativos, los OOAD, Unidades Médicas de Alta Especialidad y del Órgano Interno de Control en el IMSS, que requiera prestadores de servicio social y/o prácticas profesionales, relativas al desarrollo de actividades administrativas.

**4.5 bases de colaboración:** Convenio que regula los compromisos entre el Instituto y las instituciones educativas de nivel medio superior y superior.

**4.6 calendario:** Documento anual que establece las fechas de registro del apoyo económico en el Módulo de servicio social del SIAP, así como las fechas de ejecución del pago a los prestadores.

**4.7 carta de inicio:** Documento expedido por el Instituto, que acredita la incorporación a un área usuaria y fecha de inicio del servicio social o prácticas profesionales del estudiante.

**4.8 carta de presentación o carta compromiso:** Documento expedido por la institución educativa, que presenta al estudiante, señalando las características académicas, en algunos casos, señala el compromiso de participar en un programa o proyecto para realizar el trámite de servicio social o prácticas profesionales.

**4.9 carta de término:** Documento expedido por el Instituto, que acredita el cumplimiento del servicio social o prácticas profesionales del estudiante que lo realizó.



- 4.10 carrera:** Conjunto de estudios, generalmente universitarios, que habilitan para el ejercicio de una profesión.
- 4.11 CADA:** Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos adscritos a la Dirección General, la Secretaría General, las Direcciones Normativas y el Órgano Interno de Control en el IMSS.
- 4.12 constancia de exención:** Documento expedido por el Instituto que acredita el servicio social por ser trabajador del Instituto.
- 4.13 CTC:** Coordinación Técnica de Capacitación.
- 4.14 CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- 4.15 enlace:** Personal designado por las CADA para la realización de actividades administrativas relacionadas con los prestadores de servicio social y prácticas profesionales.
- 4.16 estudiante:** Persona que cursa una carrera.
- 4.17 expediente:** Compilación de documentos ordenados del estudiante que realiza servicio social, prácticas profesionales o exención de servicio social.
- 4.18 IMSS o Instituto:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.19 identificación oficial:** Documento de identidad necesario para el trámite de servicio social, prácticas profesionales o exención de servicio social, admitiéndose para tal efecto indistintamente: la credencial de elector expedida por el Instituto Nacional Electoral (INE), cartilla del Servicio Militar Nacional (SMN) liberada y pasaporte.
- 4.20 JSDP:** Jefaturas de Servicios de Desarrollo de Personal de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.
- 4.21 Módulo de servicio social en el SIAP:** Aplicativo del SIAP, en el cual se administra el proceso de servicio social y prácticas profesionales.
- 4.22 OOAD u Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada:** De conformidad a lo dispuesto en los artículos 251 A de la Ley del Seguro Social y 2 fracción IV inciso a) del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.23 Órganos Normativos:** Las Direcciones a que se refiere el artículo 3, fracción II y último párrafo del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como las unidades y coordinaciones que de ellas dependan y los autorizados en la estructura orgánica básica del Instituto.



**4.24 prácticas profesionales:** Conjunto de actividades temporales que permiten llevar a la práctica los conocimientos adquiridos, durante la formación académica, así como obtener nuevos conocimientos y habilidades profesionales.

**4.25 prestador:** Estudiante que realiza su servicio social o prácticas profesionales dentro del IMSS.

**4.26 programa o proyecto de servicio social o prácticas profesionales en el IMSS:** Documento que describe las actividades temporales administrativas que desarrollan los prestadores dentro de las áreas del IMSS.

**4.27 RPSS:** Trabajador responsable del programa de servicio social; en los OOAD serán los Titulares de la de Oficina de Capacitación, designado por los Titulares de las JSDP y en Nivel Central será el Jefe de Área designado por el Titular de la Coordinación Técnica de Capacitación.

**4.28 servicio social:** Es el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado.

NOTA: Definición con fundamento en el artículo 53 de la Ley Reglamentaria del artículo 5. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México.

**4.29 SIAP:** Sistema Integral de Administración de Personal.

## **5 Políticas**

### **5.1. Generales**

**5.1.1.** La entrada en vigor del presente documento, actualiza y deja sin efectos al "Procedimiento para la administración del programa de servicio social y prácticas profesionales en el IMSS", clave 1A90-003-003, con fecha de registro el 28 de noviembre de 2017; así como el oficio circular número 09E1611A90/2020/0025, de fecha 13 de enero del 2020, mediante el cual la Coordinación de Capacitación instruye a los Titulares de las Jefaturas de Servicio de Desarrollo de Personal en Delegaciones el uso del formato de las Bases de Colaboración.

**5.1.2.** 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, con los Principios Constitucionales (legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia) y con los valores del IMSS buen trato y vocación de servicio; respeto a los derechos humanos y a la igualdad; integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos; y superación personal y profesional; aprobados por el H. Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250619/204.P.DA de fecha 25 de junio de 2019.



**5.1.3.** El incumplimiento de los servidores públicos involucrados 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.

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

**5.1.5.** La información que se genere, obtenga, adquiera y/o transforme en la aplicación del presente procedimiento susceptible de ser clasificada como confidencial y/o reservada se determinará de conformidad con lo señalado por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados y demás ordenamientos legales que resulten aplicables; en atención a que la divulgación de la misma pudiera lesionar el interés normal jurídicamente protegido por la normativa.

**5.1.6.** La Coordinación de Capacitación por conducto de la CTC, tendrá la facultad de efectuar visitas de evaluación y apoyo a las JSDP para verificar el cumplimiento de las actividades que le son inherentes en este Procedimiento y de ser necesario promover las acciones tendientes a la mejora del proceso.

**5.1.7.** El correo electrónico institucional, será considerado en el presente documento como un medio de comunicación oficial que, por su propia naturaleza, transparenta el quehacer de los servidores públicos al servicio del IMSS, a través del cual se realizan trámites, notificaciones, requerimientos, convocatorias, intercambio de informes y documentos que conforme a su competencia y funciones les corresponda. Para que dicha comunicación genere seguridad y certeza jurídico-administrativa, deberá contar con los respectivos acuses electrónicos de entrega y lectura.

**5.1.8.** Corresponde a la Unidad de Personal a través de la Coordinación de Capacitación por conducto de la Coordinación Técnica de Capacitación, interpretar para efectos administrativos el presente procedimiento y resolver los casos no previstos.

## **5.2. Específicas**

### **5.2.1 Responsables del programa de servicio social y designación de enlaces**

**5.2.1.1** El RPSS en Nivel Central será el Jefe de Área designado por el Titular de la CTC y en los OOAD, serán los Titulares de la Oficina de Capacitación, quienes serán supervisados por los Titulares del Departamento de Capacitación y Transparencia.

**5.2.1.2** Los RPSS en los OOAD y en Nivel Central, expedirán y autorizarán la “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-007 (Anexo 1), “Constancia de exención de servicio social” clave 1A90-009-008 (Anexo 2), “Credencial de



identificación para servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3) y la “Carta de término de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-009 (Anexo 4), cuando la totalidad de reportes correspondan al tipo de prestación realizada, conforme a la TABLA 1: “Contenido y especificaciones de programas o proyectos de servicio social o prácticas profesionales” del numeral 5.2.2.1 de este procedimiento.

**5.2.1.3** Las CADA designarán mediante oficio dirigido a la CTC, un enlace para la realización de actividades administrativas de apoyo relacionadas con los prestadores de servicio social y prácticas profesionales en Nivel Central.

**5.2.1.4** Las JSDP y las CADA, deberán aplicar los mecanismos de supervisión que para este efecto establezca la Coordinación de Capacitación por conducto de la CTC, a fin de verificar el cumplimiento de las actividades de los prestadores semestralmente.

**5.2.2 Registro de programas o proyectos de servicio social y prácticas profesionales**

**5.2.2.1** La CTC solicitará a las CADA y a las JSDP, durante los meses de mayo y junio de cada ejercicio, el análisis de sus necesidades prioritarias en materia de servicio social y prácticas profesionales, para el registro de programas y proyectos del ejercicio siguiente, conforme a las “Instrucciones de operación del Módulo de servicio social en el SIAP”, clave 1A90-005-001 (Anexo 5), y de acuerdo a las especificaciones establecidas en la TABLA 1, indicando que no se podrán registrar programas o proyectos fuera del tiempo establecido.

**TABLA 1: Contenido y especificaciones de programas o proyectos de servicio social o prácticas profesionales**

Registro de los programas o proyectos		
1	<b>Nombre</b>	- Debe ser concreto. - Basado en la línea o tema objeto de la propuesta.
2	<b>Objetivo</b>	- Redacción clara y precisa. - Iniciar con verbo en infinitivo (ejemplo: identificar, comparar, describir). - Finalidad del proyecto. - Alcanzable (con las actividades de las áreas del Instituto).
3	<b>Actividades (conjunto de tareas susceptibles de ser ejecutadas por prestadores)</b>	- Su enfoque debe ser únicamente de apoyo (considerando que los prestadores no forman parte de la fuerza de trabajo). - Su redacción debe ser clara y precisa, iniciando con un verbo en infinitivo (apoyar, ayudar, colaborar, coadyuvar, acompañar, auxiliar, entre otros). - Mínimo cuatro actividades por programa o proyecto. - Deberán estar relacionadas con actividades administrativas.
4	<b>Número de prestadores</b>	- No podrá ser mayor a 20 prestadores. - Los programas o proyectos que requieran una cantidad mayor, deberán solicitarlo a la CTC, a través de correo electrónico, justificando la necesidad.



<b>5</b>	<b>Perfil de los prestadores</b>	- Carrera genérica acorde al programa o proyecto. - Carrera específica de las actividades que requiere el programa o proyecto.
<b>6</b>	<b>Validación</b>	- Los programas o proyectos deberán ser revisados por las CADA y JSDP y validarlos en el SIAP para su posterior autorización.

**5.2.2.2** La CTC y las JSDP serán las instancias competentes para gestionar la celebración de las “Bases de colaboración para la realización de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-001 (Anexo 6), con instituciones de educación media superior y superior, cuando estas así lo requieran.

**5.2.2.3** La CTC durante los meses de julio y agosto de cada año, revisará y en su caso, autorizará o rechazará los programas o proyectos de acuerdo con la alineación entre objetivos, actividades a desarrollar de conformidad a la carrera, conforme a las “Instrucciones de operación del Módulo de servicio social en el SIAP”, clave 1A90-005-001 (Anexo 5).

**5.2.2.4** La Coordinación de Capacitación, autorizará el programa anual de servicio social y prácticas profesionales con los programas y proyectos registrados en el SIAP.

### **5.2.3 Asignación presupuestal**

**5.2.3.1** La CTC realizará la proyección presupuestal anual, a nivel nacional del siguiente ejercicio, bajo los montos que se establezcan para el apoyo económico de los prestadores, de la cual se solicitará la autorización de la Coordinación de Capacitación y estará sujeta a la disponibilidad presupuestal.

**5.2.3.2** La Coordinación de Capacitación durante los meses de noviembre y diciembre de cada año, notificará a las CADA y a las JSDP, la asignación presupuestal para el siguiente ejercicio, así como el monto del apoyo económico que deberá otorgarse a los estudiantes que realicen el servicio social o prácticas profesionales en los siguientes términos:

- Por 6 meses para servicio social.
- Por 3 meses para prácticas profesionales.

**5.2.3.3** La CTC informará anualmente, durante el mes de enero, a las CADA y a las JSDP, el calendario anual con las fechas establecidas para el registro del apoyo económico en el Módulo de servicio social en el SIAP y las fechas de pago a los prestadores.

### **Registro de prestadores de servicio social o prácticas profesionales**

#### **5.2.4 Modalidad A.- Exención del servicio social.**

**5.2.4.1** Los servidores públicos del Instituto que ocupen una plaza de base, confianza o estatuto en el Instituto, con una antigüedad mínima de seis meses ininterrumpidos, podrán



solicitar la exención del servicio social ante las JSDP en los OOAD y a la CTC en Nivel Central.

**5.2.4.2** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA recibirán de los servidores públicos del Instituto, escrito libre de “Solicitud de exención” adjuntando la siguiente “Documentación de exención”:

- “Carta de presentación” o “Carta compromiso” original emitida por la institución educativa, dirigida a los RPSS en el OOAD o en Nivel Central conteniendo: nombre completo de la persona solicitante, matrícula o número de registro, nombre de la carrera que cursa y porcentaje de créditos educativos cubiertos de la misma.
- Copia de “Identificación oficial” vigente.
- Copia de “Credencial educativa” vigente.
- “Historial académico” validado por la institución educativa, misma que debe cubrir como mínimo el 70% de los créditos académicos previstos en el programa de estudios correspondientes a su carrera.
- Copia de la “CURP”.
- Dos fotografías recientes tamaño infantil a color.
- Copia del último “Recibo de pago de nómina”.
- Copia de la “Credencial del Instituto”.

**5.2.4.3** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA registrarán los datos de los servidores públicos del Instituto en el Módulo de servicio social en el SIAP, conforme a las “Instrucciones de operación del Módulo de servicio social en SIAP”, Clave1A90-005-001 (Anexo 5), siendo la fecha de inicio, invariablemente el primer día hábil de cada quincena.

**5.2.4.4** Los RPSS en los OOAD y en Nivel Central, firmarán la “Constancia de exención de servicio social” clave 1A90-009-008 (Anexo 2), para los servidores públicos del Instituto que cubran los requisitos y entreguen todos los documentos mencionados en la política 5.2.4.2 de este procedimiento.

**5.2.4.5** Los RPSS en los OOAD y en Nivel Central, integrarán el “Expediente” con la documentación mencionada en la política 5.2.4.2 de este procedimiento, incluyendo el acuse de recibido de la “Constancia de exención de servicio social” clave 1A90-009-008 (Anexo 2).

## **5.2.5 Modalidad B.- Prestadores de servicio social o prácticas profesionales**

**5.2.5.1** El servicio social o prácticas profesionales deberán realizarse de conformidad a los tiempos establecidos en la Tabla 2. Tiempos establecidos para el servicio social o prácticas profesionales.

**TABLA 2: Tiempos establecidos para el servicio social o prácticas profesionales.**



Tipo	Meses		Horas		Horas por día	Días
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo		
<b>Servicio Social</b>	6	24	480	Conforme a lo solicitado por la Institución Educativa	4 horas continuas entre las 7:00 y 20:00 hrs.	Lunes a Viernes
<b>Prácticas profesionales</b>	3	6	240		6 horas a solicitud de la Institución Educativa para cubrir el máximo requerido	

**5.2.5.2** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA recibirán de los estudiantes que requieran realizar el servicio social, un escrito libre solicitando el ingreso, adjuntando la “Documentación de ingreso”:

- “Carta de presentación” o “Carta compromiso” emitida por la institución educativa, dirigida a los RPSS en el OOAD o en Nivel Central conteniendo: nombre completo de la persona solicitante, matrícula o número de registro, porcentaje de créditos educativos cubiertos, carrera que cursa, indicar si cubre servicio social o prácticas profesionales y número de horas totales a cubrir.
- Copia de “Identificación oficial” vigente.
- Copia del “Acta de Nacimiento” (en caso de menores de edad).
- Copia de “Credencial educativa” vigente.
- “Historial académico” validado por la institución educativa.
- Copia de la “CURP”.
- Tres fotografías recientes tamaño infantil a color.
- Copia de “Comprobante de domicilio” (con vigencia no mayor a 3 meses).
- “Comprobante bancario” que acredite nombre y CLABE interbancaria a nombre del prestador (No aplica para trabajadores del IMSS).
- Copia del “Seguro médico” para estudiantes activos.

NOTA 1: Para servicio social el “Historial académico” deberá mostrar tener cubierto como mínimo el 70% de los créditos académicos previstos en el programa de estudios correspondiente a su carrera; para prácticas profesionales deberá acreditar haber concluido el primer año de estudios, en las carreras de dos años; el segundo año en las carreras de tres y cuatro años; y el tercer año en las carreras de mayor duración.

NOTA 2: Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA deberán verificar con las Instituciones Educativas, la autenticidad de los documentos académicos presentados por el estudiante.

**5.2.5.3** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA serán responsables de verificar que el perfil académico del solicitante de servicio social o prácticas profesionales se encuentre alineado y sea acorde a las actividades a desarrollar en los programas y proyectos, mediante la carta de presentación o carta compromiso.

**5.2.5.4** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA registrarán a los prestadores en el Módulo de servicio social en el SIAP, conforme a las “Instrucciones de operación del



Módulo de servicio social en el SIAP”, clave 1A90-005-001 (Anexo 5), siendo la fecha de inicio, invariablemente el primer día hábil de cada quincena.

**5.2.5.5** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA deberán entregar los formatos “Carta de Confidencialidad del uso de la información”, clave 1A90-009-010 (Anexo 7) y “Derechos y obligaciones de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-011 (Anexo 8), para firma de los prestadores, recabando el acuse.

### **5.2.6 Servicio social o prácticas profesionales sin apoyo económico.**

**5.2.6.1** El personal activo beneficiado con beca otorgada por la Comisión Nacional o Subcomisión Mixta de Becas, para efectuar el servicio social o prácticas profesionales en el IMSS se sujetará a las obligaciones, términos y condiciones establecidos en el Reglamento de Becas para la Capacitación de los Trabajadores del Seguro Social del Contrato Colectivo de Trabajo vigente, para el disfrute o cancelación de ésta.

**5.2.6.2** Para los prestadores que realicen servicio social o prácticas profesionales, sin apoyo económico, deben ser registrados conforme a la política 5.2.5.4.

### **5.2.7 Servicio social o prácticas profesionales con apoyo económico.**

**5.2.7.1** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA serán los encargados y responsables de ingresar en el Módulo de servicio social en el SIAP, las cuentas bancarias y la CLABE interbancaria de cada uno de los prestadores.

**5.2.7.2** Las JSDP y las CADA, no deberán otorgar de manera simultánea para un mismo prestador, el apoyo económico por servicio social y prácticas profesionales.

**5.2.7.3** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA, realizarán lo siguiente:

- Recibir por parte de los prestadores el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9), por el tiempo establecido en la “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-007 (Anexo 1).
- Autorizar el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9).
- Revisar que la asistencia y el cumplimiento de las actividades descritas en el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9), sean correctas.
- Gestionar el apoyo económico de los prestadores que lo reciben.

**5.2.7.4** Los prestadores deberán entregar el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9), dentro de los dos primeros días hábiles de cada mes, en caso de no entregarlo en tiempo y forma, no serán considerados para el otorgamiento del apoyo económico del siguiente mes.



**5.2.7.5** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA serán los responsables de capturar en el Módulo de servicio social en el SIAP, conforme los días establecidos en el calendario anual de pago señalado en la política 5.2.3.3 de este procedimiento, los apoyos económicos a otorgar a cada uno de los prestadores.

**5.2.7.6** Las JSDP y las CADA que no realicen la captura del monto del apoyo económico dentro de los cinco días establecidos en el calendario anual conforme la política 5.2.3.3 de este procedimiento, en el Módulo de servicio social en el SIAP, no se les dispersará el pago del mes correspondiente.

**5.2.7.7** Las JSDP y las CADA no podrán solicitar pagos retroactivos por la omisión de la captura en el Módulo de servicio social en el SIAP, y en caso necesario deberá solicitar la autorización a la CTC, previa justificación.

**5.2.7.8** El apoyo económico se entregará directamente al prestador de servicio o prácticas profesionales, a través de transferencia bancaria, bajo las siguientes premisas:

- Cuando el ingreso del prestador sea el primer día hábil del mes, el apoyo económico se otorgará por el 100% del monto autorizado.
- Cuando el ingreso del prestador sea el primer día hábil de la segunda quincena del mes, el primer y último apoyo se otorgará por el 50% del monto autorizado. Los demás meses, se otorgarán por el 100%.

**5.2.7.9** La CTC, notificará a las CADA y las JSDP el resultado de los abonos exitosos y no exitosos, emitidos por la Coordinación de Presupuesto y Gestión del Gasto en Servicios Personales, conforme al calendario anual.

**5.2.7.10** Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA verificarán con el informe de abonos no exitosos y exitosos el cumplimiento del pago de apoyo económico del cada prestador, en caso de los pagos no exitosos deberán verificar que se otorgue el pago al mes siguiente.

## **5.2.8 Responsabilidades de las áreas usuarias**

**5.2.8.1** Las áreas usuarias deberán enviar el “Correo de aceptación” señalado en la política 5.2.10.2 dirigido a los RPSS en los OOAD o a los enlaces de las CADA; cuando un estudiante sea aceptado en su área.

**5.2.8.2** Las áreas usuarias serán las encargadas de proporcionar a los prestadores los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades encomendadas, de conformidad a los programas y proyectos de servicio social o prácticas profesionales autorizados.

**5.2.8.3** Las áreas usuarias deberán asegurar que el servicio social y prácticas profesionales se realicen en las instalaciones del IMSS, excepto cuando la naturaleza de su perfil académico exija que las actividades sean realizadas fuera de las instalaciones del IMSS.



**5.2.8.4** Las áreas usuarias serán responsables de verificar que quienes realicen su servicio social o prácticas profesionales, lo hagan exclusivamente en el área asignada; en caso de que el prestador sea reubicado de su área inicial, se deberá notificar vía correo electrónico al RPSS en los OOAD o al enlace de las CADA.

### **5.2.9 Cancelación del servicio social o prácticas profesionales**

**5.2.9.1** Los RPSS en los OOAD y en Nivel Central serán las áreas facultadas para cancelar el servicio social o prácticas profesionales del prestador, previa notificación del área usuaria con el soporte documental correspondiente.

**5.2.9.2** Son causas de cancelación para el prestador, las siguientes:

- No ejecutar las actividades asignadas en el programa o proyecto registrado.
- Acumular más de tres faltas injustificadas en un periodo de 30 días naturales.
- Presentar documentos apócrifos.
- Expresar de manera escrita su decisión y voluntad de cancelarlo.
- Faltar al respeto a los trabajadores del IMSS, derechohabientes y/o población usuaria de los servicios institucionales.
- Hacer mal uso de las instalaciones, equipo, maquinaria o de la información a la que haya tenido acceso dentro o fuera del IMSS.
- Presentar mal comportamiento o ser sorprendido en actividades de promoción o venta de artículos.
- Estar en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas o sustancias prohibidas, así como, provocarse esas condiciones durante la prestación del servicio o prácticas profesionales.
- No cumplir con los términos establecidos conforme a la TABLA 2: Tiempos establecidos para el servicio social o prácticas profesionales de la política 5.2.5.1 de este procedimiento.

### **5.2.10 Término del servicio social o prácticas profesionales**

**5.2.10.1** Los RPSS en los OOAD y en las CADA de Nivel Central, firmarán la “Carta de término de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-009 (Anexo 4) de los prestadores que hayan cubierto el tiempo establecido en el formato “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-007 (Anexo 1) y el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9) de cada uno de los meses correspondientes.

**5.2.10.2** Los RPSS en los OOAD y en las CADA de Nivel Central, deberán integrar el “Expediente”, con la “Documentación de Ingreso” y los siguientes documentos:

- “Cédula de datos básicos de la persona que realiza servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-012 (Anexo 10).
- “Correo de aceptación” que remita el área usuaria, al enlace.



- Acuse de recibo de la “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-007 (Anexo 1) emitida por el Módulo de servicio social en el SIAP.
- Original de la “Carta de confidencialidad del uso de la información”, clave 1A90-009-010 (Anexo 7).
- Original del formato “Derechos y obligaciones de los prestadores de servicio social y prácticas profesionales” clave 1A90-009-011 (Anexo 8).
- Acuse de recibo de la “Credencial de identificación para servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3), emitida por el Módulo de servicio social en el SIAP.
- Original de la “Credencial de identificación para servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3).
- Los reportes “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9) los que correspondan.
- Acuse de recibo de la “Carta de término de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-009 (Anexo 4).

**5.2.10.3** Los RPSS en los OOAD y en las CADA de Nivel Central, tendrán la guarda y custodia de los documentos que integran el expediente del estudiante que realizó servicio social, prácticas profesionales o trámite de exención de servicio social, por un lapso de tres años en archivo de trámite, y tres años más en archivo de concentración, conforme al Catálogo de Disposición Documental (CADIDO) del Instituto Mexicano del Seguro Social.



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p><b>6 Descripción de actividades</b></p> <p>Coordinación Técnica de Capacitación</p>          <p>Oficina de Capacitación/ Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos</p>	<p><b>Responsables del programa de servicio social y designación de enlaces</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Notifica mediante “Correo electrónico de designación” a las JSDP y CADA, el Jefe de Área designado como responsable del programa de servicio social en Nivel Central y solicita mediante “Oficio de solicitud de designación” a las CADA la designación de un enlace, para la realización de actividades administrativas relacionadas con los prestadores de servicio social y prácticas profesionales.</li><li>2. Recibe de las CADA “Oficio de designación” del enlace responsable.  <p><b>Registro de programas o proyectos de servicio social y prácticas profesionales</b></p></li><li>3. Solicita mediante “Oficio de solicitud de registro” durante los meses de mayo y junio a las CADA y a las JSDP el registro de programas y proyectos para servicio social y prácticas profesionales.</li><li>4. Registra y valida los programas o proyectos de servicio social y prácticas profesionales, en el “Módulo de servicio social en el SIAP”, acorde a la TABLA 1. Contenido y especificaciones de programas o proyectos de servicio social o prácticas profesionales y envía mediante correo electrónico el Informe con el número de proyectos validados en el SIAP.  <p>NOTA 1: La TABLA 1. Contenido y especificaciones de programas o proyectos de servicio social o prácticas profesionales, se encuentra en la política 5.2.2.1 de este procedimiento.</p><p>NOTA 2: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p></li><li>5. Envía mediante “Correo electrónico de validación”, el número de proyectos validados en el SIAP, a la CTC.</li></ol>



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Coordinación Técnica de Capacitación	<p><b>6.</b> Recibe “Correo electrónico de validación” y analiza los proyectos con la finalidad de autorizar o rechazar en el “Módulo de servicio social” en el SIAP.</p> <p>NOTA: Se enviarán los proyectos validados durante los meses de julio y agosto de cada ejercicio, de acuerdo con la alineación entre objetivos, actividades a desarrollar y carreras.</p> <p style="text-align: center;"><b>Rechaza proyecto</b></p> <p>Continúa en la actividad 7.</p> <p style="text-align: center;"><b>Autoriza proyecto</b></p> <p>Continúa en la actividad 8.</p> <p style="text-align: center;"><b>Rechaza proyecto.</b></p>
Coordinación Técnica de Capacitación	<p><b>7.</b> Informa mediante “Correo electrónico de notificación” a las CADA o JSDP, el motivo del rechazo para la aclaración, corrección o complementación, que corresponda, en la integración de los programas y proyectos de servicio social y prácticas profesionales.</p> <p>Continúa en la actividad 5.</p> <p style="text-align: center;"><b>Autoriza proyecto.</b></p> <p><b>8.</b> Notifica mediante “Correo electrónico de autorización” a las CADA o JSDP correspondiente, el número de programas o proyectos autorizados.</p> <p style="text-align: center;"><b>Asignación presupuestal</b></p> <p><b>9.</b> Realiza la proyección presupuestal anual a nivel nacional para el siguiente ejercicio y así apoyar económicamente a los estudiantes que realicen servicio social o prácticas profesionales en el Instituto.</p>





Responsable	Descripción de actividades
Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos  Oficina de Capacitación / Coordinación Técnica de Capacitación.	<p>fotografía (reciente) a color tamaño infantil en cada una.</p> <p>NOTA: Se entenderán por “Documentación de exención” a los citados en la política 5.2.4.2 de este procedimiento.</p> <p><b>14.</b> Envía a la CTC mediante “Oficio de exención” los “Documentos de exención” y la “Constancia de exención de servicio social”, clave 1A90-009-008 (Anexo 2).</p> <p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p> <p><b>15.</b> Entrega al interesado la “Constancia de exención de servicios social”, clave 1A90-009-008 (Anexo 2) y firma el “Acuse” de recibo conforme a la política 5.2.4.5 de este procedimiento.</p> <p>NOTA: En Nivel Central será realizado por conducto del RPSS designado.</p> <p>Continúa en la actividad 49.</p>
Oficina de Capacitación / Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos	<p style="text-align: center;"><b>Modalidad B</b> <b>Prestadores de servicio social o prácticas profesionales.</b></p> <p><b>16.</b> Recibe del estudiante la “Documentación de ingreso” y verifica que el perfil académico del prestador se encuentre alineado y sea acorde a las actividades a desarrollar en los programas y proyectos.</p> <p>NOTA1: La “Documentación de ingreso” está integrada por los documentos mencionados en la política 5.2.5.2.</p> <p>NOTA2: Los RPSS en los OOAD y los enlaces de las CADA deberán verificar con las Instituciones Educativas, la autenticidad de los documentos académicos presentados por el estudiante.</p> <p><b>17.</b> Envía a los estudiantes a las áreas usuarias para verificar el perfil e identificar si son aceptados o no.</p>





Responsable	Descripción de actividades
Oficina de Capacitación / Coordinación Técnica de Capacitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Original de la “Cédula de datos básicos de la persona que realiza servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-012 (Anexo 10).</li><li>• Así como la “Documentación de ingreso” mencionada en la política 5.2.5.2 de este procedimiento.</li></ul> <p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p> <p><b>23.</b> Emite del Módulo de servicio social en el SIAP los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-007 (Anexo 1) y,</li><li>• “Credencial de identificación de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3) colocando una fotografía reciente tamaño infantil a color a cada documento.</li></ul> <p>NOTA: En Nivel Central será realizado por conducto del RPSS designado.</p> <p><b>24.</b> Entrega al prestador los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Carta de inicio de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-007 (Anexo 1) y,</li><li>• “Credencial de identificación para servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3), recabando los acuses debidamente firmados.</li></ul> <p><b>25.</b> Verifica si el prestador realizará el servicio social o prácticas profesionales con o sin apoyo económico.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sin apoyo económico</b></p> <p>Continúa en la actividad 26.</p> <p style="text-align: center;"><b>Con apoyo económico</b></p> <p>Continúa en la actividad 29.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sin apoyo económico.</b></p>





<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Oficina de Capacitación / Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos	<p><b>29.</b> Ingresa las cuentas bancarias y la CLABE interbancaria de cada uno de los prestadores en el “Módulo de servicio social” en el SIAP.</p> <p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p> <p><b>30.</b> Recibe del prestador dentro de los dos primeros días hábiles de cada mes, el “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-002 (Anexo 9) y revisa asistencia y el cumplimiento de las actividades descritas.</p> <p>NOTA: En caso de no entregar el (Anexo 9), no será considerado el pago del apoyo económico en el siguiente mes.</p>
Oficina de Capacitación / Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos	<p><b>31.</b> Captura en el “Módulo de servicio social” en el SIAP el monto de apoyo económico de los prestadores, conforme a las fechas establecidas en el calendario anual.</p> <p>NOTA: El monto de apoyo económico se realiza conforme a lo establecido en la política 5.2.3.2.</p>
División de Capacitación para los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada	<p><b>32.</b> Revisa la información capturada en el “Módulo de servicio social” en el SIAP y autoriza el pago.</p> <p><b>33.</b> Notifica mediante “Correo electrónico para pago” a la Coordinación de Presupuesto y Gestión del Gasto en Servicios Personales, que se realizó la autorización para el pago, en el Módulo de servicio social en el SIAP.</p> <p><b>34.</b> Recibe mediante “Correo electrónico de información” de la Coordinación de Presupuesto y Gestión del Gasto en Servicios Personales, el resultado de los abonos no exitosos y exitosos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Abonos no exitosos</b></p> <p>Continúa en la actividad 35.</p> <p style="text-align: center;"><b>Abonos exitosos</b></p> <p>Continúa en la actividad 37.</p>
Coordinación Técnica de Capacitación	



<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
Coordinación Técnica de Capacitación	<p style="text-align: center;"><b>Abonos no exitosos</b></p> <p><b>35.</b> Notifica mediante “Correo electrónico de aviso abonos no exitosos”, un día después, a las CADA y a las JSDP para revisión y corrección de la información, e incluir el pago en el siguiente mes.</p> <p><b>36.</b> Supervisa que los RPSS en OOAD o enlaces de las CADA, subsanen los motivos de rechazo del pago y realicen la inclusión del mismo en el siguiente mes.</p> <p>Continúa en la actividad 31.</p>
Jefatura de Servicios de Desarrollo de Personal / Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos	<p style="text-align: center;"><b>Abonos exitosos</b></p>
Coordinación Técnica de Capacitación	<p><b>37.</b> Notifica mediante “Correo electrónico de aviso abonos exitosos”, un día después, a las CADA y a las JSDP para su validación.</p>
Oficina de Capacitación / Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos	<p><b>38.</b> Verifica el cumplimiento del pago del apoyo económico de cada prestador conforme a la política 5.2.7.10 de este procedimiento.</p> <p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p>
	<p><b>39.</b> Supervisa que los prestadores de servicio social o prácticas profesionales realicen sus actividades en las instalaciones del Instituto y dentro del área asignada.</p>
	<p><b>40.</b> Verifica que el servicio social y prácticas profesionales se realicen de conformidad a lo establecido en la TABLA 2. Tiempos establecidos para el servicio social o prácticas profesionales.</p>
	<p>NOTA: La TABLA 2. “Tiempos establecidos para el servicio social o prácticas profesionales” se localiza en la política 5.2.5.1 de este procedimiento.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Cancelación del servicio social o prácticas profesionales</b></p>
Área Usuaria	<p><b>41.</b> Envía al RPSS en los OOAD y para Nivel Central a los Enlaces de las CADA, mediante “Correo electrónico de cancelación”, el soporte</p>



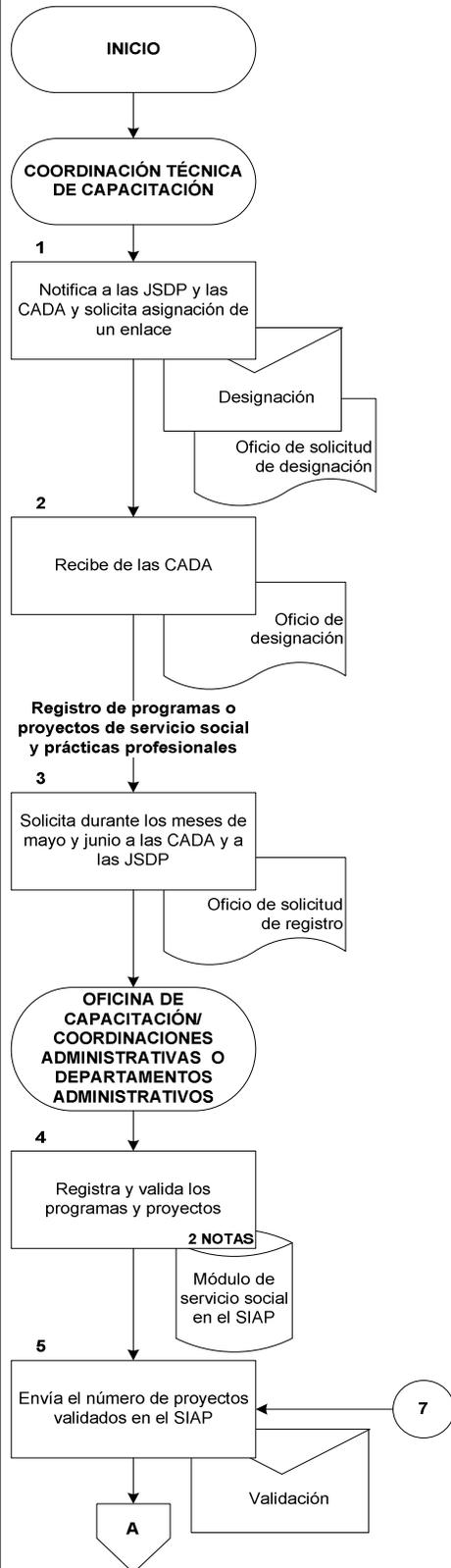
<b>Responsable</b>	<b>Descripción de actividades</b>
<p>Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos</p> <p>Oficina de Capacitación / Coordinación Técnica de Capacitación</p> <p>Coordinaciones Administrativas o Departamentos Administrativos</p>	<p>documental correspondiente para llevar a cabo la cancelación del servicio social o prácticas profesionales a un prestador.</p> <p><b>42.</b> Envía al RPSS en Nivel Central el “Correo electrónico de cancelación” con el soporte documental del área usuaria.</p> <p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p> <p><b>43.</b> Recibe mediante “Correo electrónico de cancelación”, el soporte documental correspondiente y determina la existencia de causas de cancelación.</p> <p>NOTA: En Nivel Central será realizado por conducto del RPSS designado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existen causas</b></p> <p>Continúa en la actividad 44.</p> <p style="text-align: center;"><b>No existen causas</b></p> <p>Continúa en la actividad 46.</p> <p style="text-align: center;"><b>Sí existen causas</b></p> <p><b>44.</b> Cancela el servicio social o prácticas profesionales del prestador en el “Módulo de servicio social” en el SIAP y notifica por “Correo electrónico respuesta de cancelación” a las áreas usuarias.</p> <p><b>45.</b> Notifica por “Correo electrónico de cancelación del servicio social o prácticas profesionales” a la Institución Educativa.</p> <p>Continúa en la actividad 49.</p> <p><b>Término del servicio social o prácticas profesionales</b></p> <p><b>46.</b> Envía a la CTC mediante “Oficio de formatos” los reportes del “Informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales” clave 1A90-009-002 (Anexo 9).</p>

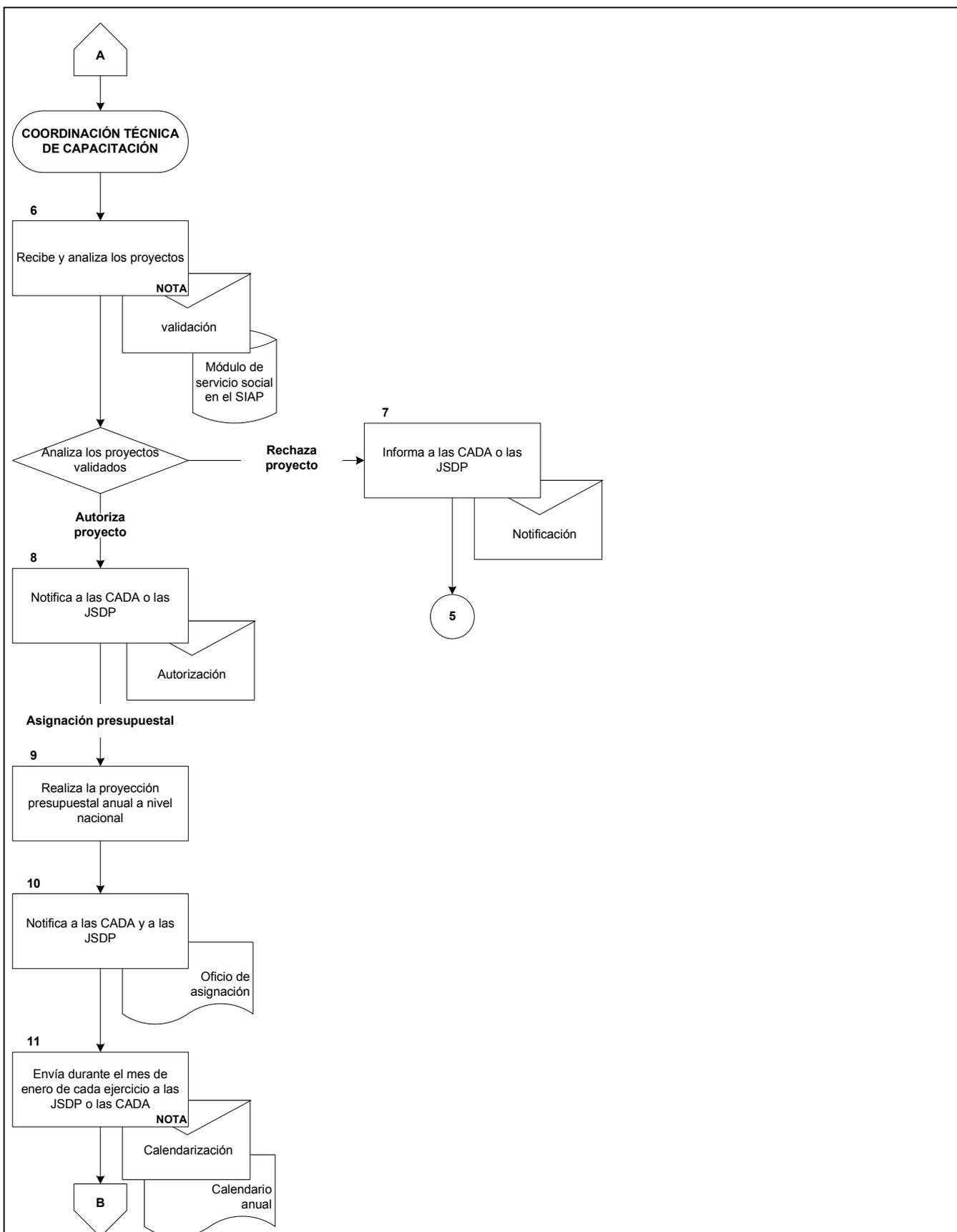


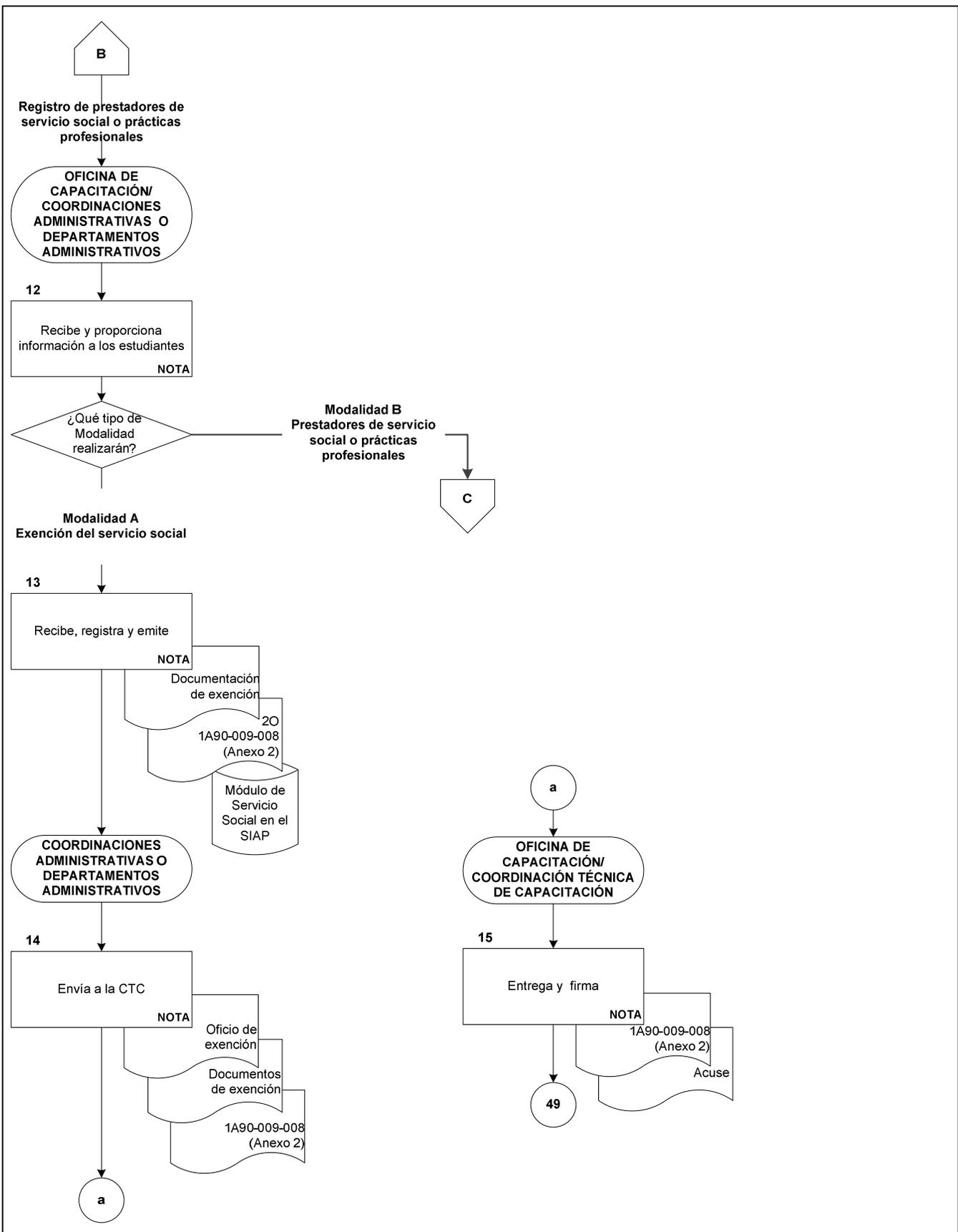
Responsable	Descripción de actividades
Oficina de Capacitación / Coordinación Técnica de Capacitación	<p>NOTA: En las CADA será realizado por conducto del enlace designado.</p> <p><b>47.</b> Emite del “Módulo de Servicio Social” en SIAP la “Carta de término de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-009 (Anexo 4), colocando una fotografía reciente tamaño infantil a color y firma.</p> <p>NOTA: En Nivel Central será realizado por conducto del RPSS designado.</p> <p><b>48.</b> Entrega al prestador la “Carta de término de servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-009-009 (Anexo 4), recaba “Acuse” debidamente firmado y la “Credencial de identificación para servicio social o prácticas profesionales”, clave 1A90-022-001 (Anexo 3) en original e integra de forma definitiva y cronológica al “Expediente”.</p> <p>NOTA: El “Expediente” deberá estar integrado conforme a la política 5.2.10.2 de este procedimiento.</p> <p><b>49.</b> Archiva y resguarda definitivamente, en el “Expediente”.</p> <p>NOTA 1: El “Expediente” se archiva por tres años en el archivo de trámite y tres años más en el archivo de concentración, conforme al Catálogo de Disposición Documental del IMSS, en la Sección 4C Recursos Humanos, Serie 4C.23.</p> <p>NOTA 2: En Nivel Central será realizado por conducto del RPSS designado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Fin del procedimiento</b></p>

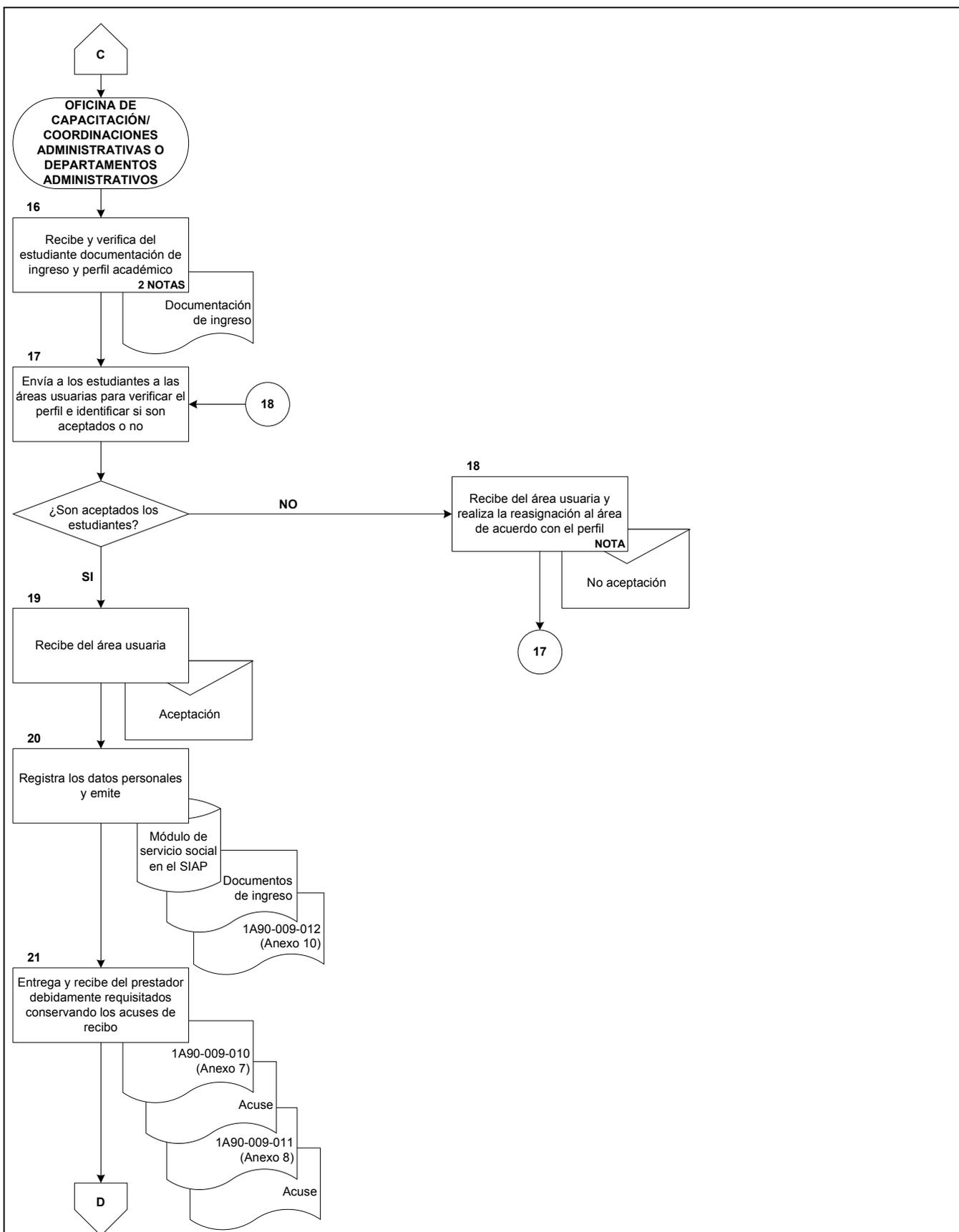


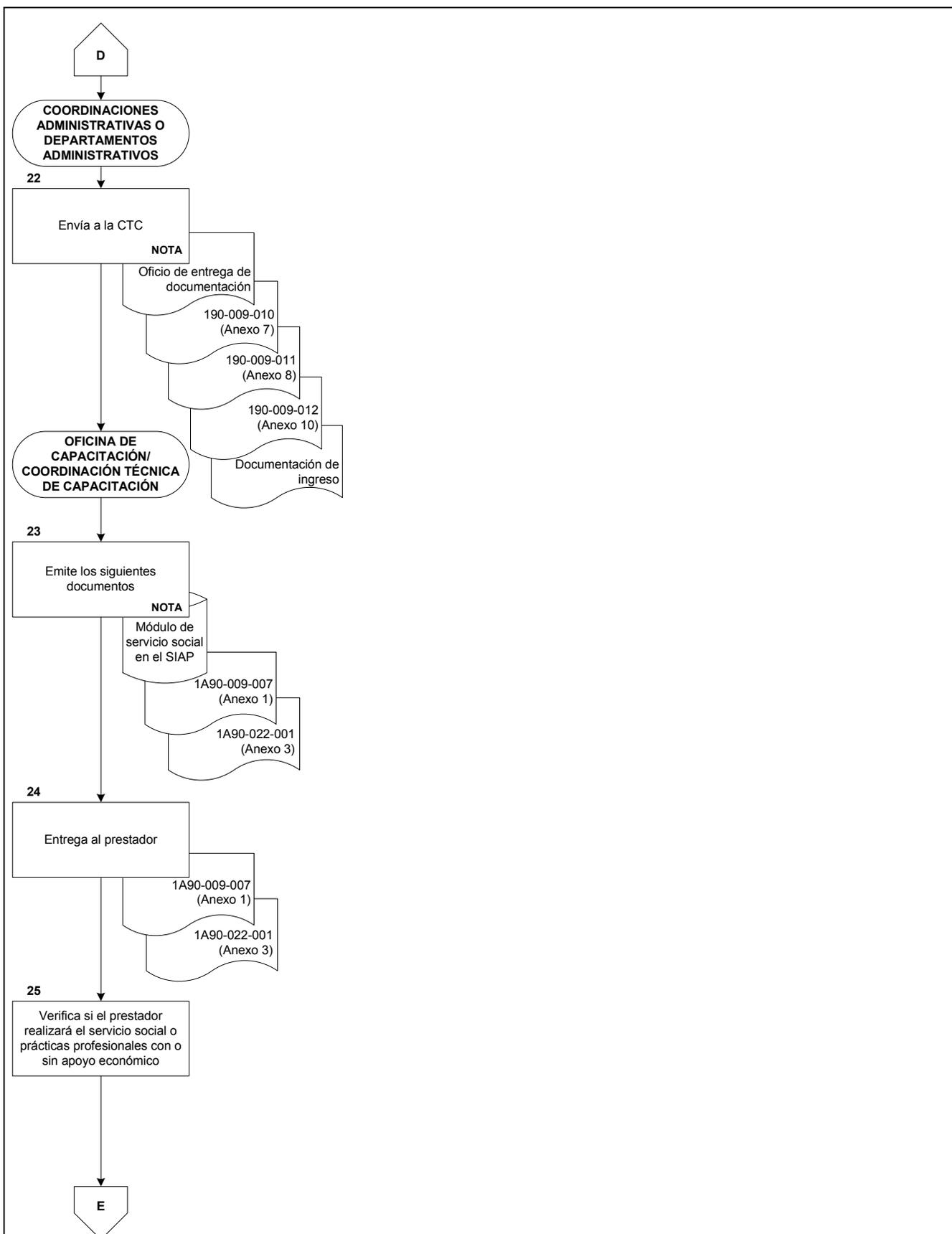
## 7 Diagrama de flujo

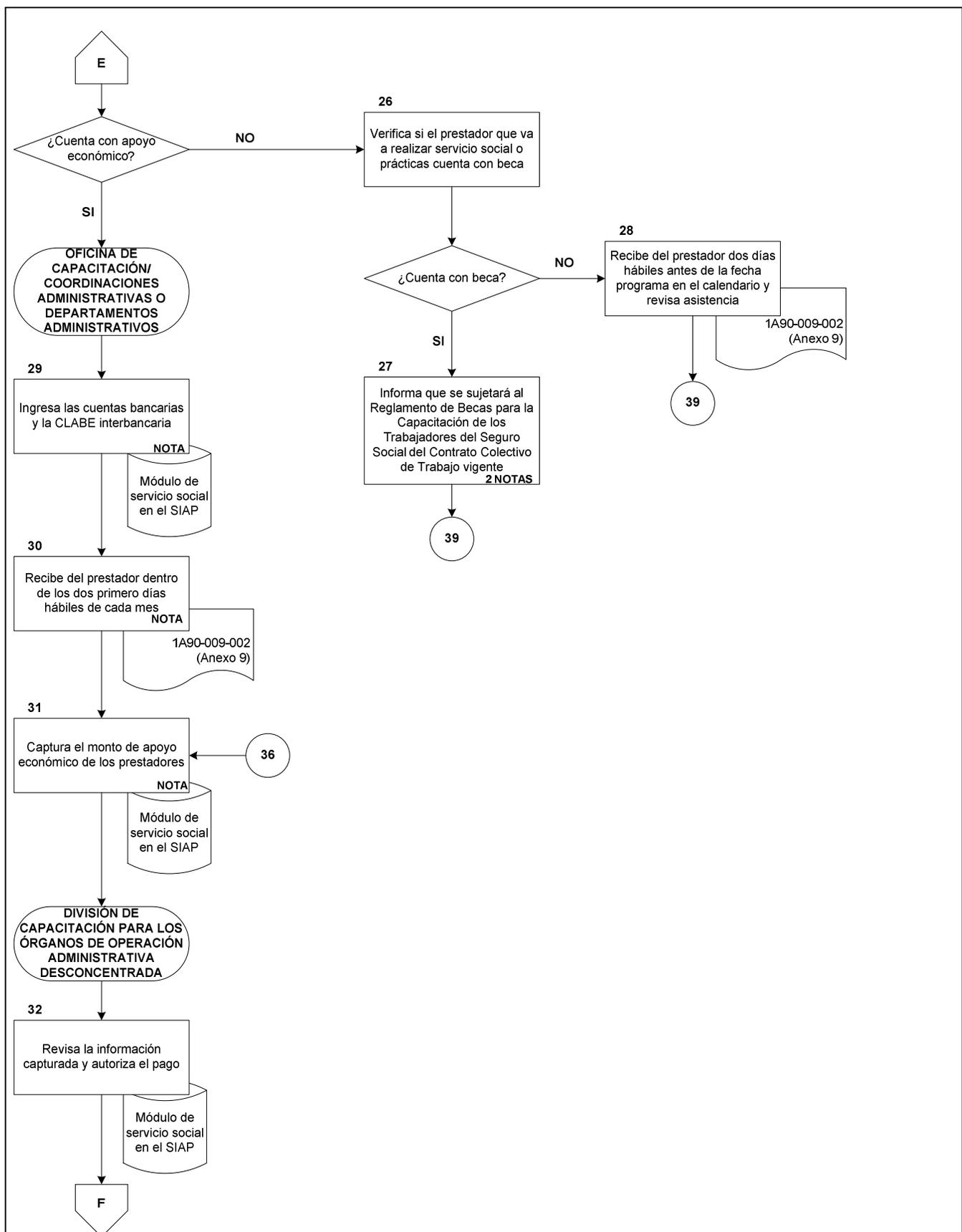


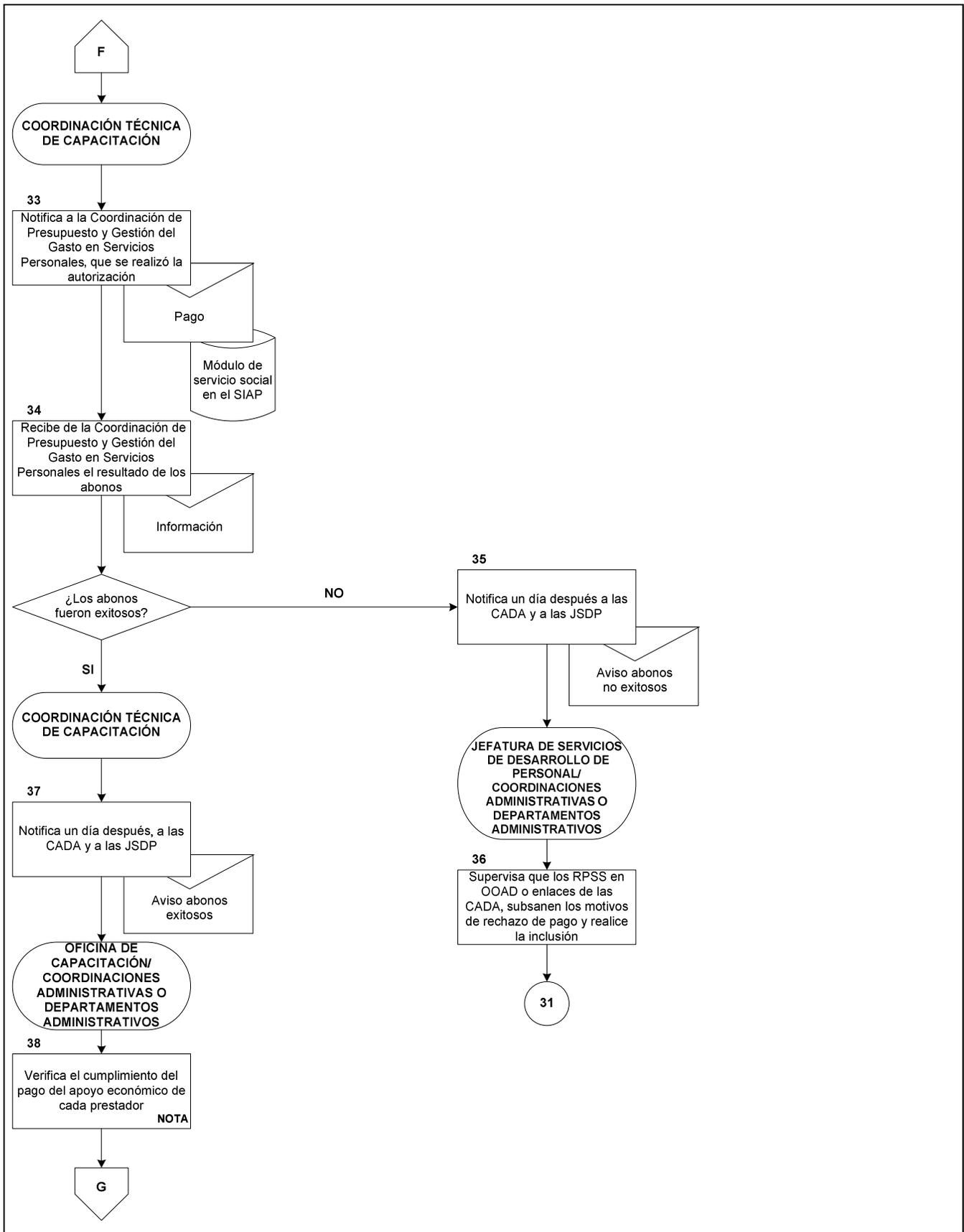


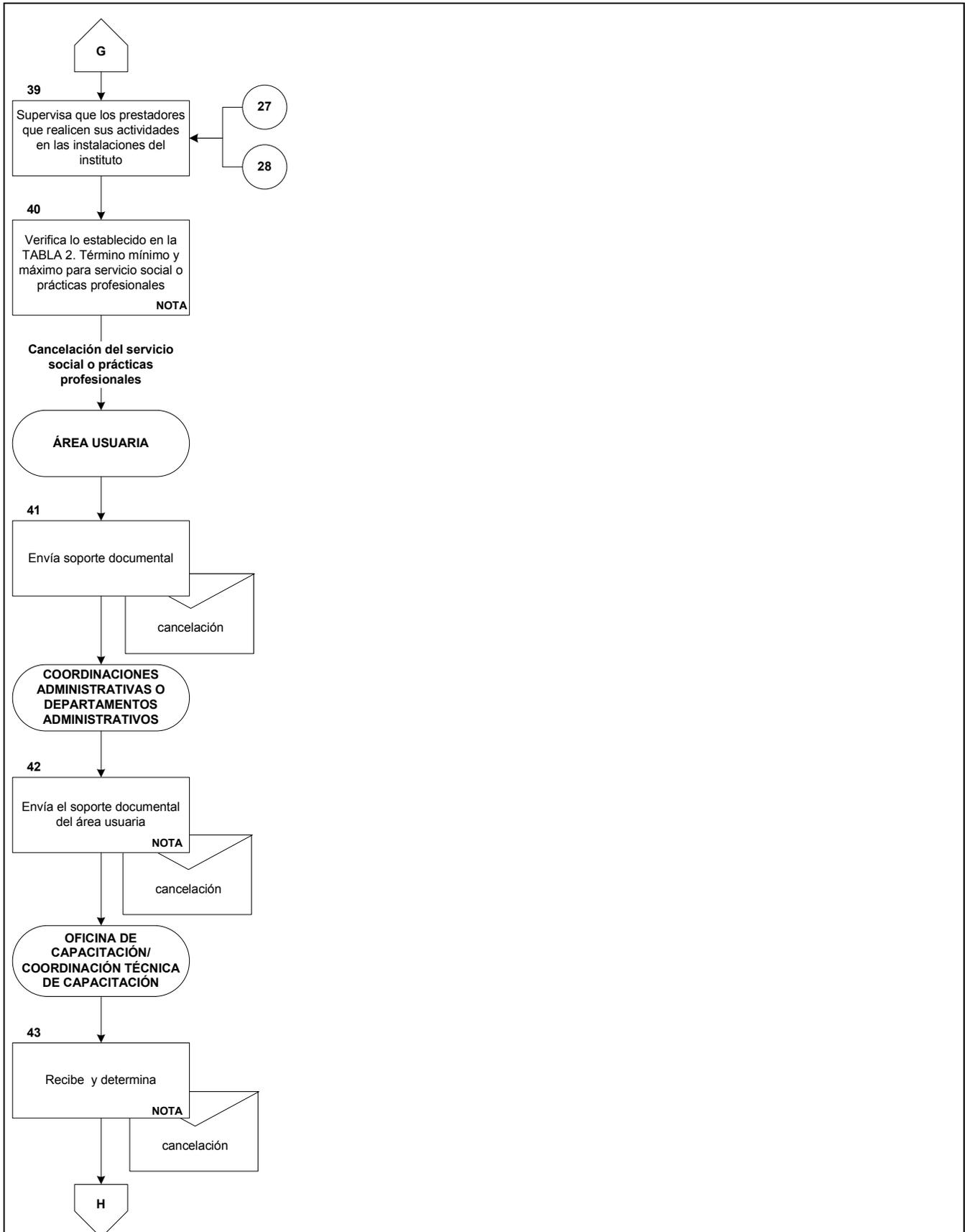


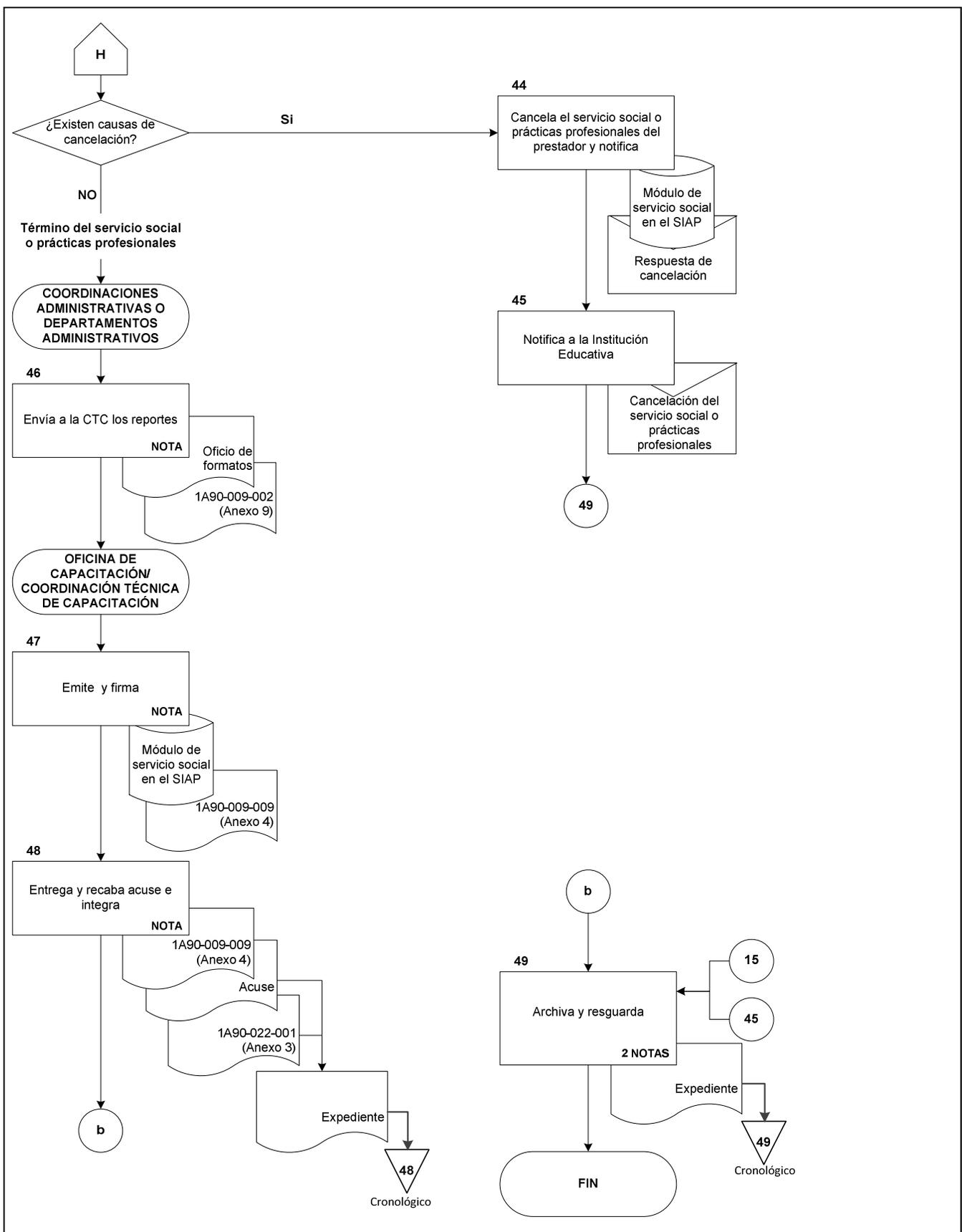














**ANEXO 1**

**Carta de Inicio de Servicio Social o Prácticas Profesionales**  
**1A90-009-007**



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

Lugar y fecha

1

**Carta de Inicio de Servicio Social o Prácticas profesionales**

2 No. Reg. IMSS

c.

3

4

5

Comunico a usted que hemos aceptado a:

6

CURP:

7

Pasante de esa Institución Educativa, de la carrera de:

8

Matrícula escolar No.:

9

Para que realice:

10

Del:

11

Al:

durante:

Meses

Hrs.

12

Los días:

13

Horario de:

14

de

a

Hrs

En el área:

15

Participando en el Proyecto IMSS número:

16

Denominado:

17

Objetivo:

18

Con las actividades siguientes:

19

En relación a las actividades antes mencionadas, podrá otorgarse al prestador un apoyo económico mensual por servicio social durante 6 meses, o por prácticas profesionales durante 3 meses, por un monto de \$ \_\_\_\_\_, asimismo 20arlo sin apoyo económico, dependiendo de la disponibilidad presupuestal.

20

Observaciones:

21

De conformidad con el Acuerdo Número 361 963 dictado por el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, de fecha 13 de diciembre de 1972 y como lo dispone el artículo 7° del Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana vigente, el Instituto acepta que la persona que realiza servicio social o prácticas profesionales concurre en las instalaciones del área usuaria para llevarlo a cabo y por lo tanto la prestación de este servicio por ser de naturaleza social no podrá emplearse para cubrir necesidades de tipo laboral o institucional, ni otorgará categoría de trabajador al prestador del servicio.

Atentamente

22

Acepto de Conformidad

23

Responsable del programa

Nombre y firma de la persona que realiza el S.S./P.P.



**ANEXO 1**  
**Carta de Inicio de Servicio Social o Prácticas Profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha	El lugar y fecha (dd/mm/aaaa) en que se registra la información en el Módulo de servicio social del SIAP.
2	No. Reg. IMSS	El número de registro IMSS que asigna el Módulo de servicio social del SIAP al momento de registrar la información.
3	C.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y el cargo de la persona a quien se dirige la carta de inicio.
4	Foto	Fotografía del prestador.
5	Sello	Colocar el sello del IMSS, mismo que se ubicará tomando parte de la fotografía.
6	Comunico a usted que hemos aceptado a:	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.
7	CURP	La Clave Única de Registro de Población del prestador solicitante.
8	Pasante de esa Institución Educativa, de la carrera de:	El nombre completo de la carrera profesional o carrera técnica que estudia el prestador, conforme a la carta de presentación.
9	Matrícula escolar No.:	El número de la matrícula escolar del prestador, como aparece en la carta de presentación.
10	para que realice:	La prestación o modalidad que va a realizar: •Servicio social. •Prácticas profesionales.
11	Del: Al:	La fecha (dd/mm/aaaa) de inicio y de término en que se realizará el servicio social o prácticas profesionales, siempre iniciando el primer día hábil de cada quincena.
12	durante: __Meses__Hrs.	El número de meses y horas que estará realizando servicio social o prácticas profesionales.

1A90-009-007



**ANEXO 1**  
**Carta de Inicio de Servicio Social o Prácticas Profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Los días:	Los días que deberá presentarse de lunes a viernes.
14	Horario: de __a__ Hrs.	El horario asignado para realizar el servicio social o prácticas profesionales.
15	En el área:	El nombre completo del área en la cual llevará a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
16	Participando en el Proyecto IMSS número:	El que asigna el Módulo de servicio social del SIAP al momento de capturar la información.
17	Denominado:	El nombre completo del programa o proyecto lo asigna el Módulo de servicio social del SIAP.
18	Objetivo:	Lo que se pretende lograr por medio de las actividades que realizará el prestador de servicio social o prácticas profesionales.
19	Con las actividades siguientes:	Las actividades en las cuales apoyará el prestador de servicio social o prácticas profesionales.
20	Un monto de \$	La cantidad que recibirá mensualmente el prestador de servicio social o prácticas.
21	Observaciones:	Los puntos que se consideren necesarios mencionar.
22	Atentamente	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, cargo y firma del responsable del programa de servicio social o prácticas profesionales ante las instituciones educativas, así como el sello.
23	Acepto de Conformidad.	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.

1A90-009-007



**ANEXO 2**

**Constancia de exención de servicio social  
1A90-009-008**



Lugar y fecha:

1

<b>Constancia de Exención de Servicio Social</b>	No. Reg. IMSS
	2
3	4
	FOTO
	5

El IMSS hace constar que la/el C. 6, trabaja en esta institución desde el 7, se encuentra adscrito/a a la (el) 8, con la categoría 9, matrícula 10, horario 11.

Se comunica lo anterior a petición de la/el trabajadora/or, que es alumna(o) de esa institución educativa con el objeto de que se exima del servicio social, en términos del artículo 91 del reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México y que a la letra dice "Los estudiantes y profesionistas trabajadores de la Federación y del Gobierno de la Ciudad de México no estarán obligados a prestar ningún servicio social distinto del desempeño de sus funciones. El que presten voluntariamente dará lugar a que se haga la anotación respectiva en su hoja de servicios"

Aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Vo. Bo.

12

13



**ANEXO 2**  
**Constancia de exención de servicio social**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha	El lugar y fecha (dd/mm/aaaa) en que se registra la información en el Módulo de servicio social del SIAP.
2	No. Reg. IMSS	El número de registro IMSS que asigna el Módulo de servicio social del SIAP al momento de registrar la información.
3	Constancia de Exención de Servicio Social	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y el cargo de la persona a quien se dirige la constancia de exención de servicio social.
4	Foto	Fotografía del prestador.
5	Sello	Colocar el sello del IMSS; mismo que se ubicará tomando parte de la fotografía.
6	C.	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del trabajador que solicita la carta de exención.
7	desde el	La fecha (dd/mm/aaaa) de ingreso del trabajador como aparece en el recibo de pago de nómina.
8	adscrito/a a la (el)	La unidad o centro de trabajo que indica el Recibo de pago de nómina.
9	Categoría	El nombre completo de la categoría del trabajador como aparece en el Recibo de pago de nómina.
10	Matrícula	El número de matrícula que tiene el trabajador como aparece en el recibo de pago de nómina expedido por el IMSS.
11	Horario	El horario asignado del trabajador al momento de solicitar la exención.

1A90-009-008



**ANEXO 2**  
**Constancia de exención de servicio social**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	Atentamente	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, firma y cargo del Jefe de Oficina en los OOAD y los Titulares de las Coordinaciones o Departamentos Administrativos de las áreas de nivel central.
13	Vo. Bo.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, firma y cargo del responsable del programa de servicios social y prácticas profesionales en la Coordinación de Capacitación.

1A90-009-008



**ANEXO 3**

**Credencial de identificación para  
Servicio Social o Prácticas Profesionales  
1A90-022-001**



 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN UNIDAD DE PERSONAL COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN</p> <p>SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES</p>		1
La presente acredita a : 2		
Como prestador de:		3
Asignado a 4		
Vigencia del :	5	al: 6
7 8		
Cargo		El prestador

Nota:

1. La credencial carece de valor sin firma del 9 responsable y el sello del Instituto, o si presenta raspaduras o enmendaduras.

2. Esta credencial es intransferible y deberá mostrarse a la autoridad que lo solicite.



**ANEXO 3**  
**Credencial de identificación para**  
**servicio social o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Fotografía	Fotografía del prestador.
2	La presente acredita a:	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.
3	Como prestador de:	La prestación o modalidad que va a realizar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio social.</li><li>• Prácticas profesionales.</li></ul>
4	Asignado a:	El nombre completo del área en la cual llevará a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
5	Vigencia del:	La fecha (dd/mm/aaaa) de inicio, del servicio social o prácticas profesionales.
6	al:	La fecha (dd/mm/aaaa) de término del servicio social o prácticas profesionales.
7	Cargo.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, cargo y firma del responsable del programa de servicio o social o prácticas profesionales ante las instituciones educativas.
8	El prestador.	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.
9	Nota:	La leyenda que proporciona el SIAP, al momento de registrar la información.

1A90-022-001



**ANEXO 4**

**Carta de término de Servicio Social o Prácticas Profesionales  
1A90-009-009**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE TÉRMINO

No. Reg. IMSS

1

2

3 Lugar y fecha \_\_\_\_\_

5

6

C. 4

Presente

Se hace constar que 7 alumno/a de esa Institución Educativa de la  
carrera de 8 con matrícula escolar número 9

realizó satisfactoriamente la prestación de su(s) 10 del  
11 al 11 en la (el)

12, participó en el programa  
13 clave 14 con horario de 15 a 15

horas, durante 16 meses cubrió un total de 17 horas y desarrollo las siguientes  
actividades:

18

Se expide la presente para los efectos legales a que haya lugar.

19

20

Jefe/a del área de servicio

1A90-009-009



**ANEXO 4**  
**Carta de término de servicio social o prácticas profesionales.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Carta de término	El nombre completo del documento que se expide de la acción que realizará el prestador: servicio social o prácticas profesionales.
2	No. Reg. IMSS	El número de registro (se obtiene una vez que el prestador es registrado en el SIAP).
3	Lugar y fecha	El lugar y fecha (dd/mm/aaaa) en que se registra la información en el Módulo de servicio social del SIAP.
4	C.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y cargo de la persona a quien se dirige la carta de término de servicio social o prácticas profesionales.
5	Fotografía	Fotografía del prestador.
6	Sello	Colocar el Sello del IMSS, mismo que se ubicará tomando parte de la fotografía.
7	Se hace constar que	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizó su servicio social o prácticas profesionales.
8	carrera de	El nombre completo de la carrera profesional o carrera técnica que estudia el prestador, conforme a la carta de presentación.
9	matrícula escolar número	El número de matrícula escolar como aparece en la carta de presentación.
10	prestación de su(s)	La prestación o modalidad que va a realizar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio social.</li><li>• Prácticas profesionales.</li></ul>
11	Del	La fecha (dd/mm/aaaa) de inicio y de término de la prestación.
12	en la (el)	El nombre completo del área en la cual realizó el servicio social o prácticas profesionales.

**1A90-009-009**



**ANEXO 4**  
**Carta de término de servicio social o prácticas profesionales.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	programa	El nombre completo del programa o proyecto como aparece en el Módulo de servicio social del SIAP.
14	clave	La clave del programa o proyecto como aparece en el Módulo de servicio social del SIAP.
15	con horario de	El horario asignado para realizar el servicio social o prácticas profesionales.
16	durante	El número de meses en que se realizará la prestación.
17	total de	El número de horas que deberá cubrir.
18	actividades:	Las proporciona el Módulo de servicio social del SIAP.
19	Jefe/ del área de servicio.	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y la firma del responsable del programa de servicio social o programa de servicio social o prácticas profesionales ante las instituciones educativas.
20	Sello	El sello de la Coordinación de Capacitación para nivel central y sello del Departamento de Capacitación y Transparencia en los OOAD.

1A90-009-009



**ANEXO 5**

**Instrucciones de operación del Módulo de servicio social en el SIAP  
1A90-005-001**



1. Ingresar al sistema SIAP para generar la información requerida en este proceso, para ello se deberán registrar los siguientes datos en la plataforma:

- a) Matrícula del usuario.
- b) Seleccionar Clave y nombre de la OOAD que corresponda.
- c) Contraseña establecida por cada usuario.



Usuario  OOAD:

Contraseña

[Instructivos y Formatos de Usuarios](#)

a

c

b

1A90-005-001



2. Seleccionar el campo Recursos Humanos y dar clic en Servicio Social.

SIAP  
SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
Administración Portal Versión 8.10.0701  
OOAD: 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99093831 NOMBRE: PEREZ/SERAPIO/PATRICIA 09/07/2021

MENU DE APLICACIONES

- ▶ ADMINISTRACION
- ▶ RECURSOS HUMANOS ←
- ▶ MANDO

HERRAMIENTAS

- ▶ CAMBIO DE CONTRASEÑA

MENU DE APLICACIONES

- ▶ ADMINISTRACION
- ▶ RECURSOS HUMANOS
  - CAPACITACION
  - DNC
  - SERVICIO SOCIAL ←
- ▶ MANDO

OOAD: 09 - OFICINAS CENTRALES



**3. Seleccionar Catálogos, se despliega el menú y se elige Instituciones.**



**4. Seleccionar el OOAD que corresponda y en las opciones escribir lo siguiente:**

- La clave y nombre del OOAD que corresponda.
- Capturar siglas de la Institución Educativa en caso de tener.
- Capturar nombre de la Institución Educativa.
- Capturar el número o clave con la cual está registrado el programa ante la Institución Educativa.
- Indicar la fecha de inicio del programa o proyecto.
- Indicar la fecha de término del programa o proyecto.
- Capturar el nombre del programa el cual está dado de alta ante la Institución Educativa.



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99091319 PERFIL: SSCAP 15/10/2020

**REGISTRO INSTITUCIONES**

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD):

Siglas de la Institución  Nombre   
 Base de Colaboración  Registro de Programa o Proyectos  Convenio  Número/Clave   
 Fecha de Inicio  Término:   
 Programa o Proyectos

**RESULTADO DE CONSULTA**

OOAD	Siglas	Nombre	Tipo Registro	Clave del Registro
1 OFICINAS CENTRALES	UVM	Universidad del Valle de México	Base de Colaboración	programa-1
2 OFICINAS CENTRALES	IMP	Instituto Mexicano de Psicooncología	Base de Colaboración	programa-1
3 OFICINAS CENTRALES	CUI	Centro Universitario Incarnate Word	Base de Colaboración	programa-1
4 OFICINAS CENTRALES	UNIVDEP	Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico	Base de Colaboración	programa-1
5 OFICINAS CENTRALES	UAEM	Universidad Autónoma del Estado de México	Base de Colaboración	programa-1
6 OFICINAS CENTRALES	IR	Instituto Roosevelt	Base de Colaboración	programa-1
7 OFICINAS CENTRALES	UMEM	Universidad Univer Milenium del Estado de México	Base de Colaboración	programa-1
8 OFICINAS CENTRALES	ETAC	Universidad ETAC	Base de Colaboración	programa-1
9 OFICINAS CENTRALES	CECC	Centro de Estudios de Computo Cafetales	Base de Colaboración	programa-1
10 OFICINAS CENTRALES	CM	Colegio México	Base de Colaboración	programa-1

1A90-005-001



5. Dar clic en “PROGRAMAS O PROYECTOS” y elegir “Registro de programas o proyectos”.

6. Seleccionar las opciones: OOAD, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección Normativa y dar clic en Insertar.

1A90-005-001



7. Seleccionar y dar clic en la Clave y nombre del OOAD **1**, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección y Unidad Normativa, según corresponda **2**, así como el turno (mixto, matutino o vespertino) **3** y capturar: Nombre del programa o proyecto **4**, Domicilio de la Unidad **5**, teléfono del área en donde se registrará el programa o proyecto **6**, número de extensión **7**, fecha de inicio del programa o proyecto **8**, fecha de término del programa o proyecto **9**, objetivo del programa o proyecto **10**, Nombre del responsable del proyecto **11**, Cargo del responsable del programa o proyecto **12**, número de prestadores a incorporar de carrera técnica para servicio social **13**, y prácticas profesionales **14**, número de prestadores a incorporar de carrera profesional para servicio social **15** y prácticas profesionales **16** y dar Guardar Programa o Proyecto **17**.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

**SERVICIO SOCIAL**

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD):  
09 - OFICINAS CENTRALES

USUARIO: 311092432      PERFIL: SSADM      16/10/2020

**REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS**

1. Clave y nombre del OOAD: 09-OFICINAS CENTRALES

2. Dirección: DIRECCION DE ADMINISTRACION

3. Turno: SELECCIONE

4. Nombre del Programa o Proyecto: [Campo vacío]

5. Domicilio: [Campo vacío]

6. Lada/Tel.: [Campo vacío]

7. Ext.: [Campo vacío]

8. Fecha de Inicio: 16/10/2020

9. Fecha de Término: [Campo vacío]

10. Objetivo: [Campo vacío]

11. Responsable: [Campo vacío]

12. Cargo: [Campo vacío]

13. Prestadores Carrera Técnica - Servicio Social: 0

14. Prestadores Carrera Técnica - Prácticas: 0

15. Prestadores Carrera Profesional - Servicio Social: 0

16. Prestadores Carrera Profesional - Prácticas: 0

17. Botón: Guardar Programa o Proyecto

8. Al guardar el “Programa o Proyecto”, se desplegarán nuevas pestañas para llenado.

Nombre del Programa o Proyecto | prueba

Número de Programa o Proyecto | SS09200001      Fecha/Elab. | 02/08/2019      Año | 2020

Domicilio | prueba      Turno | MATUTINO

Lada/Tel. | prueba      Ext. | [Campo vacío]      Inicio | 02/01/2020      Término | 31/12/2020

Objetivo | [Campo vacío]

Responsable | prueba      Cargo | [Campo vacío]

**PRESTADORES CARRERA TÉCNICA**

Servicio Social | 1

Prácticas | 0

**PRESTADORES CARRERA PROFESIONAL**

Servicio Social | 0

Prácticas | 0

Áreas de Estudio      Actividades      Validación      Autorización

**ESPECIFICACION DE AREAS**

Área de Estudio | SELECCIONE OPCION      Carrera Genérica | SELECCIONE OPCION      Carrera Específica | SELECCIONE OPCION

Área de Estudio      Carrera Genérica      Carrera Específica

Página 0 de

Limpiar      Guardar Programa o Proyecto      Guardar Validación      Guardar Autorización      Regresar

1A90-005-001



9. Seleccionar del menú “Áreas de Estudio” y elegir “Área de Estudio”, la “Carrera Genérica” y la “Carrera Especifica” de acuerdo con el “Programa o Proyecto y objetivo”.

10. Elegir en el menú “Actividades”, seleccionar el cuadro de “Actividades” y redactar las actividades en el cuadro marcado, las cuales deberán ser claras, sin faltas de ortografía, verbo en infinitivo y acordes al objetivo y nombre del Programa o Proyecto y dar clic en “Aceptar”.

1A90-005-001



11. En el menú "Validación", el programa o proyecto debe de ser validado por el Jefe de Departamento u Oficina del área usuaria y en su caso el Enlace; insertando los datos en los campos Revisó y Cargo. Posteriormente en el campo "Validado" seleccionar Si o No cumple con los requisitos. Por último, seleccionar Guardar Validación.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

12. En la siguiente ventana de "Autorización"; seleccionar y requisitar de los campos del apartado "MOTIVOS DE NO AUTORIZACIÓN" las opciones que aparecen y dar clic en Guardar Autorización para poder continuar. Este apartado es solo en el supuesto que el Programa o Proyecto deba autorizarlo la Coordinación de Capacitación.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

1A90-005-001



13. Seleccionar el campo de “PRESTADORES” y elegir “Registro de Prestadores”, para que automáticamente se trasladen al siguiente menú.



IMSS, MÉXICO—ALGUNOS DERECHOS RESERVADOS—POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y MANEJO DE DATOS PERSONALES—AVISO LEGAL  
VERSIÓN SITIO WEB 1.0.1.01

14. Seleccionar el campo “Insertar”.

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 311092432 PERFIL: SSADM 16/10/2020

**CONSULTA DE PRESTADORES**

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) SELECCIONE OPCION

Dirección

Nombre

A. Materno

Registro IMSS

Institución SELECCIONE OPCION

A. Paterno

Estatus SELECCIONE OPCION

Solicitud SELECCIONE OPCION

**Consulta**

Registro IMSS	Estatus	Nombre	Solicitud
---------------	---------	--------	-----------

Limpiar Actualizar **Insertar** Regresar



1A90-005-001



15. En el cuadro que se abra de Datos Personales, seleccionar y dar clic en la Clave y nombre del OOAD 1, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección Normativa, según corresponda 2, sexo del prestador 3, si es trabajador del IMSS 4 y la casilla si el prestador va a realizar su servicio social o prácticas profesionales sin apoyo económico 5; también tendrá que requisitar los campos: Nombre del prestador 6, Apellido paterno del prestador 7, Apellido materno del prestador 8, edad del prestador 9 y CURP del prestador 10; Calle y número 11, Alcaldía o Municipio 12, Entidad Federativa 13 y Código Postal de la dirección del prestador 14; Teléfono 15 y Correo electrónico del prestador 16 y dar clic en Guardar 17.

Guardar.

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 311092432 PERFIL: SSADM 16/10/2020

Datos Personales

REGISTRO DEL PRESTADOR

Organos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) OFICINAS CENTRALES 1

Registro IMSS Estatus REGISTRADO Dirección DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN 2

Nombre 6 Apellido Paterno 7 Apellido Materno 8

Edad 9 Sexo SELECCIONE 3 CURP 10

Trabajador IMSS SELECCIONE UNA OPCION 4

Entidad 13 SELECCIONE OPCION Alcaldía/Municipio 12 SELECCIONE OPCION Código Postal 14

Colonia 15 SELECCIONE OPCION Calle 11

Teléfono 15 Correo 16

Número de Cuenta Clabe Interbancaria: A Título de Gratuidad 5

TRABAJADORES IMSS

Matrícula Nombre Adscripción

Antigüedad Puesto Horario Laboral Fecha de ingreso

Servidor Público

Cargo SELECCIONE OPCION

Exento

Constancia de Exención Cancelado Limpiar Actualizar Guardar 17 Regresar

16. Continuar con la selección de la Institución Bancaria que corresponda al documento expedido por el Banco a nombre del prestador e ingresar el Número de Cuenta y la CLABE Interbancaria

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 311092432 PERFIL: SSADM 16/10/2020

Datos Personales

REGISTRO DEL PRESTADOR

Organos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) OFICINAS CENTRALES

Registro IMSS Estatus REGISTRADO Dirección DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Edad Sexo SELECCIONE CURP

Trabajador IMSS SELECCIONE UNA OPCION

Entidad SELECCIONE OPCION Alcaldía/Municipio SELECCIONE OPCION Código Postal

Colonia SELECCIONE OPCION Calle

Teléfono Correo

Número de Cuenta Clabe Interbancaria: A Título de Gratuidad

TRABAJADORES IMSS

Matrícula Nombre Adscripción

Antigüedad Puesto Horario Laboral Fecha de ingreso

Servidor Público

Cargo SELECCIONE OPCION

Exento

Constancia de Exención Cancelado Limpiar Actualizar Guardar Regresar

1A90-005-001



17. En el cuadro de “Datos Académicos”, seleccionar y dar clic en los siguientes campos: Institución, Mat. Escolar, Promedio, % Créditos del prestador (mínimo el 70%), Nivel Académico (licenciatura o nivel técnico), Grado Escolar (SEMESTRE/ CUATRIMESTRE/TRIMESTRE/CONCLUIDO), Solicitud a realizar (Servicio Social o Prácticas Profesionales), Carrera específica, Horas requeridas, Responsable (Nombre completo ante la Institución), Cargo (del responsable en la Institución), Servidor Público (Nombre completo ante el IMSS), Cargo (del Servidor Público del IMSS) y Programa Escolar (En caso de que exista ante la Institución Educativa), al finalizar dar clic en el botón “Actualizar”.

18. Seleccionar la pestaña Prestadores y de las opciones que se despliegan dar clic en Asignación de programas o proyectos.

1A90-005-001



19. Se desplegará la siguiente pantalla; seleccionar los campos siguientes: el OOAD, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección y Unidad Normativa, según corresponda, el programa o proyecto al que se asignará al prestador, para poder continuar con el registro.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

SERVICIO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99091319 PERFIL: SSCAP 15/10/2020

INFORMACIÓN PROGRAMAS O PROYECTOS

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD): 09-OFICINAS CENTRALES

Dirección: DIRECCION DE INOVACION Y DESARROLLO TECNOLÓGICO Unidad: SELECCIONE OPCIÓN

Programa o Proyecto: SELECCIONE OPCIÓN

SS Carrera técnica: [ ] Asignados: [ ] SS Carrera profesional: [ ] Asignados: [ ]

PP Carrera técnica: [ ] Asignados: [ ] PP Carrera profesional: [ ] Asignados: [ ]

ASIGNACION PRESTADORES

Folio: [ ] Fecha/Inicio: [ ] Fecha/Término: [ ]

Núm. Días Lun-Vier: [ ] Hora Entrada: [ ] Hora Salida: [ ]

Total Horas: [ ] Meses/Duración: [ ] Monto/Apoyo: SELECCIONE OPCIÓN

Prestadores			Asignados					
Nombre	Nivel	Tipo	Folio	Nombre	Nivel	Tipo	Estatus	Notas
Página 0 de			Página 0 de					

Carpetas Carta Inicio Carta Salida Cédula Básica Limpiar Asignar Modificar Des Asignar

20. Posterior a la selección de los campos anteriores, aparecerán los prestadores registrados y los que ya están asignados; una vez que la cantidad de asignados sea igual a los registrados, ya no podrán asignar más prestadores.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

SERVICIO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99091319 PERFIL: SSCAP 15/10/2020

INFORMACIÓN PROGRAMAS O PROYECTOS

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD): 09-OFICINAS CENTRALES

Dirección: DIRECCION DE INOVACION Y DESARROLLO TECNOLÓGICO Unidad: SELECCIONE OPCIÓN

Programa o Proyecto: SS09180116 Apoyo en la Planeación y Control Administrativo de Personal de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

SS Carrera técnica: [1] Asignados: [5] SS Carrera profesional: [2] Asignados: [5]

PP Carrera técnica: [1] Asignados: [5] PP Carrera profesional: [2] Asignados: [5]

ASIGNACION PRESTADORES

Folio: [ ] Fecha/Inicio: [ ] Fecha/Término: [ ]

Núm. Días Lun-Vier: [ ] Hora Entrada: [ ] Hora Salida: [ ]

Total Horas: [ ] Meses/Duración: [ ] Monto/Apoyo: SELECCIONE OPCIÓN

Prestadores			Asignados					
Nombre	Nivel	Tipo	Folio	Nombre	Nivel	Tipo	Estatus	Notas
1. Granados Gonzalez Sandra Paola			1	09135181945	Morales Guvares	del	LICENCIATURA	
			2	09135183668	Váldez Pinada	del	LICENCIATURA	
Página 1 de 1			Página 1 de 1					

Carpetas Carta Inicio Carta Salida Cédula Básica Limpiar Asignar Modificar Des Asignar

1A90-005-001



21. Buscar del menú de Prestadores el estudiante registrado para seleccionarlo, capturar los campos de la fecha de inicio en la que se incorporará y la fecha de término del Servicio Social o Prácticas Profesionales, hora de entrada, hora de salida y al finalizar dar clic en el botón Asignar.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

SERVICIO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99091319 PERFIL: SSCAP 15/10/2020

INFORMACIÓN PROGRAMAS O PROYECTOS

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES

Dirección: DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO Unidad: SELECCIONE OPCIÓN

Programa o Proyecto: SS09180156 - Apoyo en la Planeación y Control Administrativo de Personal de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

SS Carrera técnica: 1 Asignados: 0 SS Carrera profesional: 2 Asignados: 0

PP Carrera técnica: 1 Asignados: 0 PP Carrera profesional: 2 Asignados: 0

ASIGNACIÓN PRESTADORES

Folio: Fecha/Inicio: Fecha/Término:

Núm. Días Lun-Vier: Hora Entrada: Hora Salida:

Total Horas: Meses/Duración: Monto/Apoyo: SELECCIONE OPCIÓN

Prestadores		Asignados		
Nombre	Nivel	Folio	Nombre	Nivel
1 Granados Gonzalez Sandra Paola		1 09135181945	Morales Guevara Daniel	LICENCIATURA
		2 09135183668	Váldez Pineda Héctor Hugo	LICENCIATURA

CartaFin Carta Inicio Gafete Cédula Básica Limpiar **Asignar** Modificar Des Asignar

22. Una vez asignado el prestador, al seleccionar su nombre se habilitan opciones para imprimir su documentación.

Dirección: SELECCIONE OPCIÓN Unidad: SELECCIONE OPCIÓN

Proyecto: SS09180279 - Desarrollo y Actualización de los sistemas y proyectos en el IMSS 2018-22/7-1056

S.S. Técnico: 2 Asignados: 0 S.S. Licenciatura: 3 Asignados: 2

P.P. Técnico: 0 Asignados: 0 P.P. Licenciatura: 0 Asignados: 0

ASIGNACIÓN PRESTADORES

Folio: 05 Fecha/Inicio: 16/03/2018 Fecha/Término: 17/09/2018

Núm. Días Lun-Vier: 132 Hora Entrada: 10:00 Hora Salida: 14:00

Total Horas: 528 Meses/Duración: 6.0 Monto/Apoyo: 800

Prestadores		Asignados		
Nombre	Nivel	Folio	Nombre	Nivel
1	LICENCIATURA		Carlos A	LICENCIATURA
2	LICENCIATURA		Ana Cristian	LICENCIATURA
3	LICENCIATURA			
4	LICENCIATURA			
5	LICENCIATURA			
6	LICENCIATURA			
7	LICENCIATURA			

CartaFin Carta Inicio Gafete Cédula Básica Limpiar Asignar **Modificar** Des Asignar Regresar

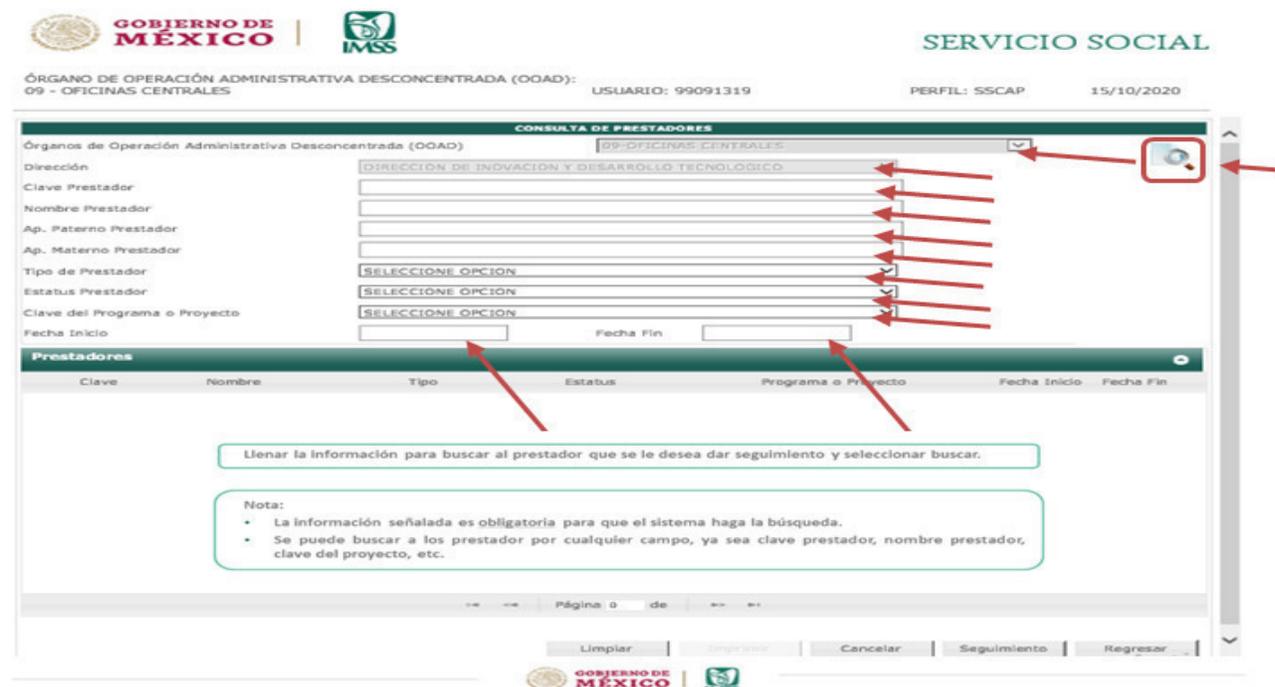
1A90-005-001



23. Seleccionar del menú la pestaña “Prestadores” y posteriormente dar clic en “Seguimiento” y dar clic.



24. En la pantalla siguiente se deberá seleccionar el OOAD, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección Normativa, según corresponda, el Tipo de Prestador, el Estatus del Prestador, la Clave del programa o proyecto al cual está asignado el prestador y capturar los campos: Clave del Prestador, el Nombre Prestador, Ap. Paterno Prestador, Ap. Materno Prestador, Fecha Inicio y Fecha Fin de Término del Prestador; al finalizar dar clic en el icono  para la búsqueda.



1A90-005-001



25. En caso de dar de baja al prestador, seleccionar el nombre y dar clic en CANCELAR

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

SERVICIO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD):  
09 - OFICINAS CENTRALES USUARIO: 99091319 PERFIL: SSSCAP 15/10/2020

**CONSULTA DE PRESTADORES**

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) 09-OFICINAS CENTRALES

Dirección DIRECCION DE INOVACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO

Clave Prestador

Nombre Prestador

Ap. Paterno Prestador

Ap. Materno Prestador

Tipo de Prestador SELECCIONE OPCION

Estatus Prestador SELECCIONE OPCION

Clave del Programa o Proyecto SELECCIONE OPCION

Fecha Inicio Fecha Fin

Clave	Nombre	Tipo	Estatus	Programa o Proyecto	Fecha Inicio	Fecha Fin
0925	Luis Hernández López	SERVICIO SOCIAL	ASIGNADO A PROYECTO	Desarrollo de Planeación	01/01/2020	30/06/2020

Sólo si se va a dar de baja al prestador, se selecciona el nombre del prestador y posteriormente "Cancelar"

Limpiar Cancelar Seguimiento Regresar

26. Después de dar clic en "CANCELAR", aparecerá el Registro IMSS (del prestador), y de las opciones en el campo Motivo, elegir el motivo por el cual se dará de baja y dar clic en "Guardar" (en ese momento queda cancelado el Servicio Social o Prácticas Profesionales del prestador, esta opción ya no se podrá modificar).

**CANCELACIÓN DE PRESTADORES**

Registro IMSS: 3088

Motivo: SELECCIONE OPCION  
CONSUMO DE DROGAS  
FALTAS INJUSTIFICADAS  
HACER MAL USO DE LOS RECURSOS  
PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA  
REALIZAR ACTIVIDADES ILÍCITAS  
RENUNCIA  
INDISCIPLINA

Guardar Regresar

Seleccionar la causa de la baja y seleccionar "Guardar". En ese momento al prestador se le cancela su S.S. o P.P.



27. En la pantalla siguiente se deberá seleccionar el OOAD, solo en caso de 09-oficinas centrales, seleccionar la Dirección Normativa, según corresponda, el Tipo de Prestador, el Estatus del Prestador, la Clave del programa o proyecto al cual está asignado el prestador y capturar los campos: Clave del Prestador, el Nombre Prestador, Ap. Paterno Prestador, Ap. Materno Prestador, Fecha Inicio y Fecha Fin (del Prestador); al finalizar dar clic en el icono para búsqueda.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS | SERVICIO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD): 09 - OFICINAS CENTRALES | USUARIO: 99091319 | PERFIL: SSCAP | 15/10/2020

**CONSULTA DE PRESTADORES**

Organos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD)  OFICINAS CENTRALES

Dirección: DIRECCION DE INNOVACION Y DESARROLLO TECNOLOGICO

Clave Prestador:

Nombre Prestador:

Ap. Paterno Prestador:

Ap. Materno Prestador:

Tipo de Prestador: SELECCIONE OPCION

Estatus Prestador: SELECCIONE OPCION

Clave del Programa o Proyecto: SELECCIONE OPCION

Fecha Inicio:  Fecha Fin:

Clave	Nombre	Tipo	Estatus	Programa o Proyecto	Fecha Inicio	Fecha Fin
0925	Luis Hernández López	SERVICIO SOCIAL	ASIGNADO A PROYECTO	Desarrollo de Planeación	01/01/2020	30/06/2020

Limpiar | Imprimir | Cancelar | Seguimiento | Regresar

28. Dar clic en el botón “Seguimiento” para el registro de pagos.

Nombre Prestador:

Ap. Paterno Prestador: Ortega

Ap. Materno Prestador:

Tipo de Prestador: SERVICIO SOCIAL

Estatus Prestador: SELECCIONE OPCION

Clave del Proyecto: SELECCIONE OPCION

Fecha Inicio:  Fecha Fin:

Clave	Nombre	Tipo	Estatus	Proyecto
1 3256	Ana Cristian Ortega Pahua	SERVICIO SOCIAL	ASIGNADO A PROYECTO	SS09180279-Desarrollo y Actualización

Página 1 de 1 | 10 | Mostrando 1 - 1 d

Limpiar | Imprimir | Cancelar | **Seguimiento** | Regresar



29. Dar clic en “Registro Pagos” para capturar el pago correspondiente dentro de las fechas establecidas.

**DATOS DEL PRESTADOR**

Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD)	09 OFICINAS CENTRALES		
Registro IMSS			
Nombre	cesar espinosa bello		
Genero	FEMENINO	Edad	60 años
CURP	EIBC820621HDFSLS00		
Nivel Académico	LICENCIATURA	Estatus	CONCLUIDO
Carrera Especifica	Actuario		

**DATOS DEL APOYO**

Fecha Inicio		Fecha Fin	
Monto Apoyo		Meses	
Programa o Proyecto			

**DATOS DEL BANCO**

Banco		Sucursal	0
Cuenta	0	ClabeInt:	

**DETALLE DE PAGOS**

Pagos			
Ejercicio	Mes	Monto	Fecha Registro
Página 0 de			

Concluir **Registro Pagos** Regresar

30. Al seleccionar Registro Pagos, aparecerá una nueva pantalla “REGISTRO DE APOYOS ECONÓMICOS” para capturar el monto a pagar en la casilla Registro Apoyo, para finalizar dar clic en el botón Registrar Apoyo y luego en Regresar. (únicamente se podrá registrar el pago del mes habilitado).

**REGISTRO DE APOYOS ECONÓMICOS**

Mes Registro	Abril	MeSES	6.0
Mes Correccion	Febrero	Apoyo Mensual	800
Prestador	09135182857	Apoyo Acumulado	1200
Nombre	Ana Cristian Ortega Pahua		
Corrección	0	Registro Apoyo	800

Registrar Corrección Registrar Apoyo Regresar





**ANEXO 6**

**Bases de Colaboración para la realización de  
Servicio Social o Prácticas Profesionales  
1A90-009-001**



## BASES DE COLABORACIÓN

**BASES DE COLABORACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL Y/O PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL IMSS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL INSTITUTO” REPRESENTADO POR EL \_\_\_\_\_ (1) EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_ (2) Y POR OTRA PARTE \_\_\_\_\_ (3) A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ LA “INSTITUCIÓN EDUCATIVA”, REPRESENTADA POR EL \_\_\_\_\_ (4) EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIENES EN FORMA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “LAS PARTES”, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:**

## DECLARACIONES

1. Declara “EL INSTITUTO” a través de su representante legal que:

1.1 Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social.

1.2 De conformidad con el artículo 251, fracciones IV, XXIV y XXXVII de la Ley del Seguro Social, está facultado para realizar toda clase de actos jurídicos, para la consecución de los fines para los que fue creado, así como promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejora de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal.

### Nivel Central

1.3 Su representante es \_\_\_\_\_ (5), en su carácter de Titular de la \_\_\_\_\_ (6), cuenta con las facultades suficientes para suscribir las presentes Bases, de conformidad con lo establecido en los artículos 268 A de la Ley del Seguro Social, 2 fracción V, 3 fracción II inciso a), 6 fracción I y 69 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad con el testimonio de la Escritura Pública número \_\_\_\_\_ (7) que le confiere el poder general limitado, de fecha \_\_\_\_\_ (8), otorgada ante la fe del \_\_\_\_\_ (9), Titular de la Notaría Pública número \_\_\_\_\_ (10) de la Ciudad de \_\_\_\_\_ (11), inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número \_\_\_\_\_ (12), en términos del artículo 25 fracción III de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

### Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada

1.3 Su representante, es \_\_\_\_\_ (13) en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en \_\_\_\_\_ (14), cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo establecido en los artículos 251 A de la Ley del Seguro Social, 144 fracción I, y 155 fracción \_\_\_\_\_ (15) del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad con el testimonio de la Escritura Pública número \_\_\_\_\_ (16), de fecha \_\_\_\_\_ (17) otorgada ante la fe del \_\_\_\_\_ (18), Titular de la Notaría Pública número \_\_\_\_\_ (19) de la Ciudad de \_\_\_\_\_ (20), inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número \_\_\_\_\_ (21), en términos del artículo 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

1.4 Es interés del Instituto celebrar las presentes BASES de Colaboración, con el propósito de refrendar el compromiso con la sociedad de profesionalizar a las nuevas generaciones de estudiantes, ofreciéndoles la oportunidad de adquirir experiencia mediante el desarrollo de su Servicio Social o sus Prácticas Profesionales.

1.5 Para los efectos legales que deriven de las presentes Bases, señala como domicilio el ubicado en \_\_\_\_\_ (22).

1A90-009-001



1 Declara la “**INSTITUCIÓN EDUCATIVA**”, a través de su representante que:

1.1 Es una \_\_\_\_\_<sup>(23)</sup> constituida de conformidad con las leyes mexicanas y su representante se encuentra facultado para suscribir el presente, de acuerdo al poder que le fue conferido en la Escritura Pública número \_\_\_\_\_<sup>(24)</sup> de fecha \_\_\_\_\_<sup>(25)</sup>, otorgada ante la fe del \_\_\_\_\_<sup>(26)</sup>, Notario Público Número \_\_\_\_\_<sup>(27)</sup> de la Ciudad de \_\_\_\_\_<sup>(28)</sup>, y manifiesta bajo protesta de decir verdad que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna.

1.2 Es su intención que los estudiantes que tiene inscritos puedan desarrollar el servicio social o prácticas profesionales como parte de su plan académico, en las instalaciones y dentro de los servicios de “El Instituto” con el acreditamiento escolar.

1.3 Para todos los efectos de las presentes BASES, señala como su domicilio el ubicado en:  
\_\_\_\_\_<sup>(29)</sup>.

2 Declaran LAS PARTES que:

ÚNICO. Se reconocen recíprocamente la personalidad y capacidad jurídica que ostentan para la suscripción de las presentes BASES, toda vez que las mismas no les han sido revocadas ni limitadas de manera alguna a la fecha de la firma del presente Instrumento, y que en su celebración no existe dolo, mala fe o error que pudiera afectar su validez jurídica, además de ser su voluntad colaborar entre sí para desarrollar y establecer en el ámbito de sus competencias y funciones, los mecanismos y acciones encaminadas al cumplimiento del objeto de las presentes BASES, al tenor de las siguientes:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERO.**- Las presentes BASES tiene por objeto establecer las bases y mecanismos operativos entre “LAS PARTES”, para el desarrollo conjunto de programas de servicio social y prácticas profesionales de los estudiantes de la “Institución Educativa” de las carreras \_\_\_\_\_ en las instalaciones<sup>(30)</sup> del “Instituto” promoviendo la incorporación de estudiantes que requieran realizar el servicio social o prácticas profesionales en el Instituto.

**SEGUNDO.**- Para la realización de los objetivos de estas BASES, la colaboración de la “Institución Educativa” con “El Instituto” es:

- A. Sujetarse a los proyectos de servicio social y/o prácticas profesionales de “El Instituto”.
- B. Promover los proyectos de servicio social y/o prácticas profesionales propuestos por “El Instituto” entre su comunidad estudiantil.
- C. Recabar de “El Instituto” los lineamientos y normatividad institucionales a que debe sujetarse su población estudiantil en la prestación del servicio social y/o prácticas profesionales.
- D. Difundir y aplicar entre la población estudiantil los lineamientos y criterios que emite “El Instituto” para la realización del servicio social y/o prácticas profesionales en lo referente a: orden, disciplina y normas de trabajo.
- E. Proporcionar al Instituto cuando así lo requiera éste, información referente al número de prestadores de servicio social y/o prácticas profesionales activos registrados a la fecha solicitada, en un lapso no mayor a tres días.

1A90-009-001



- TERCERO.-** La colaboración de “El Instituto” con la “Institución Educativa” es:
- A. Enviar a la “Institución Educativa” al inicio de cada año natural los proyectos y carreras que demandan.
  - B. Comunicar a la “Institución Educativa” que el servicio social y/o prácticas profesionales pueden realizarse con ayuda económica o a título gratuito; en el primer caso “El Instituto” determinará y comunicará a la “Institución Educativa” el monto de dicha ayuda económica.
  - C. Comunicar a la “Institución Educativa” que la determinación de que sea con ayuda económica o a título gratuito dependerá del presupuesto autorizado para este programa.
  - D. Facilitar el uso de instalaciones, infraestructura y recursos a los prestadores de servicio social y practicantes profesionales que resulten inscritos en “El Instituto”, con el propósito de alcanzar los objetivos de estas BASES.
  - E. Determinar y señalar la ubicación de las unidades administrativas en que la población estudiantil de la “Institución Educativa” llevarán a cabo las actividades relativas al servicio social o prácticas profesionales.
- CUARTO.-** Los objetivos que integran las presentes Bases de Colaboración podrán modificarse para completarlo o ajustarlo en lo que sea necesario, notificando a la otra parte por escrito.
- QUINTA.-** Las presentes BASES inician su vigencia el día de su firma y ésta será por tiempo indefinido; “LAS PARTES” podrán dar por terminado las presentes Bases, cuando concurren razones de interés general, o bien cuando por causas justificadas cualquiera de ellas así lo determine, para lo cual deberá dar aviso por escrito a la otra, con 30 días naturales de anticipación, exponiendo las razones de su determinación.
- SEXTA.-** Queda expresamente pactado que ninguna de “LAS PARTES” será responsable de cualquier retraso o incumplimiento en la ejecución del objeto de las presentes Bases, derivado directa o indirectamente de caso fortuito o fuerza mayor, en la inteligencia de que, superados estos eventos, se reanudarán las actividades en la forma y términos que determinen “LAS PARTES”.
- SÉPTIMA.-** Estas BASES son producto de la buena fe, en razón de lo cual los conflictos que llegasen a presentarse por cuanto hace a su interpretación, formalización y cumplimiento, serán resueltos de común acuerdo por “LAS PARTES”.
- OCTAVA.-** “LAS PARTES” convienen que el personal designado por cada una para la ejecución de las actividades objeto de las presentes Bases, se entenderá exclusivamente relacionado con la parte que lo emplea; por ende, cada una de ellas asumirá su responsabilidad por este concepto y en ningún caso, podrá considerarse a la otra parte como patrón solidario o sustituto, por lo que, recíprocamente se liberarán de cualquier responsabilidad que pudiese surgir sobre el particular y con relación al objeto de las presentes BASES.
- NOVENA.-** “LAS PARTES” se obligan a mantener estricta confidencialidad respecto de la información que sea de su conocimiento, con motivo del desarrollo de las actividades propias de las presentes Bases, por lo que se obligan a utilizarla únicamente para el cumplimiento del objeto del mismo.
- En consecuencia, queda prohibido revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, alterar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información sin autorización previa y por escrito del titular de la misma y de la otra parte.

1A90-009-001



La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento de las presentes Bases, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento, así como, de la Ley Federal de Protección a Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento.

**DÉCIMA. -** "LAS PARTES" establecen que los alumnos de la "Institución Educativa" que presten su Servicio Social y/o Prácticas Profesionales al amparo de estas BASES no originarán relación de carácter laboral con "El Instituto".

LEÍDO LAS PRESENTES BASES DE COLABORACION Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU ALCANCE Y CONTENIDO, LO FIRMAN POR DUPLICADO EN: \_\_\_\_\_<sup>(31)</sup>,  
A LOS <sup>(32)</sup> DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_<sup>(33)</sup> DEL AÑO \_\_\_\_\_<sup>(34)</sup>.

**POR "EL INSTITUTO"**

\_\_\_\_\_  
<sup>(35)</sup>

**POR "LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA"**

\_\_\_\_\_  
<sup>(36)</sup>



**ANEXO 6**  
**Bases de colaboración para la realización de**  
**servicio social y/o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	representado por el	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del Titular del Órgano Normativo: Dirección Normativa, Unidad o Coordinación en Nivel Central o del Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (nombre(s), apellido paterno y materno).
2	en su carácter de	El cargo de: Titular del Órgano Normativo: Dirección Normativa, Unidad o Coordinación en Nivel Central o Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
3	y por otra parte	La razón social de la institución educativa.
4	representada por el	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del representante de la institución educativa (nombre (s), apellido paterno y materno).
5	representante es	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del Titular Órgano Normativo: Dirección Normativa, Unidad o Coordinación en Nivel Central.
6	Titular de la	El Órgano Normativo.
7	Escritura Pública número	El número en letra de la Escritura Pública.
8	de fecha	La fecha completa de expedición de la Escritura Pública (día, mes y año).
9	ante la fe del	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del Notario Público que expidió la Escritura Pública, iniciando con Lic., Mtro. o Dr.
10	Notaría Pública número	El número en letra de la Notaría Pública.
11	Ciudad de	Lugar de ubicación de la Notaría Pública.

1A90-009-001



**ANEXO 6**  
**Bases de colaboración para la realización de**  
**servicio social y/o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
12	bajo el folio número	El número de folio con el que está registrada la Escritura Pública.
13	Representante es	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.
14	Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en	El Estado o Región donde se encuentra el Titular.
15	155 fracción	La fracción que corresponda a la circunscripción territorial en el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
16	Escritura Pública número	El número en letra de la Notaría Pública.
17	de fecha	La fecha completa de expedición de la Escritura Pública (día, mes y año).
18	ante la fe del	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del Notario Público que expidió la Escritura Pública, iniciando con Lic., Mtro. o Dr.
19	Notaría Pública número	El número en letra de la Notaría Pública.
20	Ciudad de	Lugar de ubicación de la Notaría Pública.
21	bajo el folio número	El número de folio con el que está registrada la Escritura Pública.
22	ubicado en:	El domicilio legal completo de la ubicación de la Dirección Normativa u OOAD, según corresponda.
23	Es una	El tipo de sociedad o asociación (civil o mercantil).
24	Escritura Pública número	El número en letra de la Notaría Pública.

1A90-009-001



**ANEXO 6**  
**Bases de colaboración para la realización de**  
**servicio social y/o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
25	de fecha	La fecha completa de expedición de la Escritura Pública (día, mes y año).
26	ante la fe del	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del Notario Público que expidió la Escritura Pública, iniciando con Lic., Mtro. o Dr.
27	Notaría Pública Número	El número en letra de la Notaría Pública.
28	Ciudad de	Lugar de ubicación de la Notaría Pública.
29	ubicado en:	El domicilio legal completo de la ubicación de la Institución Educativa.
30	de las carreras	Las carreras que ofrece la Institución Educativa y que son funcionales en áreas técnico-administrativas del IMSS.
31	Duplicado en	La ciudad en donde se emitan las bases de colaboración.
32	A los	El día de la celebración de las bases de colaboración con letra.
33	Mes de	El mes de la celebración de las bases de colaboración con letra.
34	Del año	El año de la celebración de las bases de colaboración con letra.
35	Por el Instituto	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del Titular del Órgano Normativo: Dirección Normativa, Unidad o Coordinación en Nivel Central o el Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (nombre(s), apellido paterno y materno) y firma.

1A90-009-001



**ANEXO 6**  
**Bases de colaboración para la realización de**  
**servicio social y/o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
36	Por la Institución Educativa	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y firma del representante de la institución educativa.

NOTA: El presente formato tiene como objetivo formalizar el vínculo de colaboración entre el IMSS y la Institución Educativa que así lo requiera, promoviendo la incorporación de estudiantes que requieran realizar el servicio social o prácticas profesionales en el IMSS.

**1A90-009-001**



**ANEXO 7**

**Carta de confidencialidad del uso de la información  
1A90-009-010**



## Carta de confidencialidad

\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente**

Por este conducto, el que suscribe, \_\_\_\_\_ <sup>2</sup>  
asignado al área \_\_\_\_\_ <sup>3</sup> del Instituto Mexicano  
del Seguro Social (IMSS) con el carácter de prestador  
de \_\_\_\_\_ <sup>4</sup>, con fundamento en los artículos 3,  
fracción VII, 23 y 24 fracción VI de la Ley General de Transparencia y Acceso a la  
Información Pública; 1, 9 y 11 fracción VI de la Ley Federal de Transparencia y  
Acceso a la Información Pública; así como los artículos 1, 2, 6 y 63 de la Ley  
Federal de Protección a Datos Personales en Posesión de los Particulares y su  
Reglamento, me comprometo a conservar en estricta confidencialidad la  
información a que tenga acceso que me sea proporcionada a través del IMSS  
para el desarrollo de mi \_\_\_\_\_ <sup>5</sup>, para lo cual me obligo a  
no comunicar, compartir o divulgar la información confidencial ni de otro carácter,  
a ninguna persona interna, externa o entidad a través de cualquier medio, ya sea  
en forma individual o colectiva sin previa autorización por escrito del Instituto,  
reconociendo que la información que me sea proporcionada, revelada y/o  
generada con motivo de la prestación de \_\_\_\_\_ <sup>6</sup>  
permanecerá y será en todo momento propiedad del Instituto, no adquiriendo  
derecho, licencia, titularidad y/o interés alguno sobre la información, firmando al  
calce para los efectos administrativos y legales a que haya lugar.

\_\_\_\_\_ <sup>7</sup>

Nombre y firma

1A90-009-010



**ANEXO 7**  
**Carta de confidencialidad del uso de la información**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha.	El lugar y fecha (dd/mm/aaaa) en que se requisita y firma el documento.
2	suscribe,	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.
3	al área	El nombre completo del área en la cual llevará a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
4	prestador de	La prestación o modalidad que va a realizar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio social.</li><li>• Prácticas profesionales.</li></ul>
5	desarrollo de mi	La prestación o modalidad que va a realizar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio social.</li><li>• Prácticas profesionales.</li></ul>
6	prestación de	La prestación o modalidad que va a realizar: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio social.</li><li>• Prácticas profesionales.</li></ul>
7	Nombre y firma	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y firma autógrafa del prestador.

1A90-009-010



**ANEXO 8**

**Derechos y obligaciones de los prestadores  
de servicio social o prácticas profesionales  
1A90-009-011**



### **Derechos y obligaciones de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales**

#### **Son derechos de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales:**

- Recibir orientación por el área usuaria, del proyecto de servicio social o prácticas profesionales al que fue asignado.
- Recibir un trato de respeto y apoyo por parte del personal del área a la que fue asignado.
- Realizar actividades en la prestación del servicio social o prácticas profesionales acordes a su formación académica, para la obtención de conocimientos y experiencia de tipo profesional.
- Recibir los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades encomendadas, de conformidad a los proyectos autorizados de servicio social o prácticas profesionales.
- Solicitar al Instituto la baja temporal o definitiva del servicio social o prácticas profesionales, por causas justificadas.
- Recibir la constancia que acredite la realización del servicio social o prácticas profesionales en tiempo y forma a su conclusión.
- Recibir la credencial de identificación que lo acredite como prestador de servicio social o prácticas profesionales en el Instituto.



### Derechos y obligaciones de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales

#### Son obligaciones de los prestadores de servicio social o prácticas profesionales:

- Entregar la documentación requerida en tiempo y forma.
- Respetar el horario acordado para llevar a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
- Desempeñar con eficiencia las actividades asignadas.
- Guardar confidencialidad respecto a la información institucional a la que tenga acceso, en términos de la carta de confidencialidad que también se firma y forma parte del expediente personal.
- Portar en lugar visible la identificación de prestador de servicio social o prácticas profesionales dentro de las instalaciones del Instituto.
- Realizar el informe mensual de asistencia y actividades de servicio social o prácticas profesionales dentro de los dos días hábiles posteriores a la finalización de cada mes y presentarlo al enlace responsable del trámite.
- Presentar constancia médica en caso de accidente o enfermedad, con la finalidad de que sea justificada su ausencia en el área asignada.
- Conducirse con total respeto en el área asignada y con el personal que participe para el resultado de sus actividades.
- Una vez concluido el servicio social o prácticas profesionales, deberá recoger la carta de término en un plazo no mayor a tres meses.

Recibió:

\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_ <sup>2</sup>

Nombre y firma del prestador

1A90-009-011



**ANEXO 8**  
**Derechos y obligaciones de los prestadores**  
**de servicio social o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha.	El lugar, día, mes y año en que recibe el documento.
2	Recibió	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y firma autógrafa del prestador.

1A90-009-011



**ANEXO 9**

**Informe mensual de asistencia y actividades  
de Servicio Social o Prácticas Profesionales  
1A90-009-002**





**ANEXO 9**  
**Informe mensual de asistencia y actividades**  
**de servicio social o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Dirección Normativa u OOAD.	El nombre completo de la Dirección Normativa o del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado en la cual presta su servicio social o prácticas profesionales.
2	Clave presupuestal.	La clave presupuestal del área usuaria.
3	Área usuaria.	El nombre completo del área en la cual llevará a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
4	Nombre del programa o proyecto.	El nombre del programa o proyecto autorizado de asignación del prestador que realiza el servicio social o prácticas profesionales.
5	Mes que informa.	El mes que corresponda al informe que está reportando, con letra.
6	Nombre:	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realiza el servicio social o prácticas profesionales.
7	Nombre de la Institución Educativa:	El nombre completo (sin abreviaturas) de la Institución Educativa de procedencia del prestador que realiza servicio social y prácticas profesionales.
8	Carrera:	El nombre completo de la carrera profesional o carrera técnica que estudia el prestador, conforme a la carta de presentación.
9	Matrícula escolar:	El número de identificación que proporciona la Institución Educativa al prestador que realiza su servicio social
10	Número IMSS:	El número que asigna el SIAP a los prestadores que realizan servicio o prácticas profesionales.

1A90-009-002



**ANEXO 9**  
**Informe mensual de asistencia y actividades**  
**de servicio social o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
11	Dictamen de beca no.	El número de dictamen de beca proporcionado por la Comisión Nacional Mixta o Subcomisión Nacional Mixta de Becas para Trabajadores del IMSS.
12	Adscripción de origen:	El lugar donde desempeñará las actividades el prestador.
13	Servicio Social o Prácticas profesionales.	Una "X" en el cuadro que corresponda (servicio social o prácticas profesionales).
14	Horario: De A	El horario de entrada y salida asignado para realizar el servicio social o prácticas profesionales.
15	Fecha de asistencia	La fecha en que asistió el prestador que realiza servicio social o prácticas profesionales (día, mes y año).
16	Hora Entrada / Salida	La hora de entrada y de salida del prestador que realiza el servicio social o prácticas profesionales.
17	Horas Diarias / Acumuladas	Las horas que registra diariamente y el acumulado de las horas durante el mes.
18	Descripción de actividades realizadas.	Las actividades desarrolladas por el prestador que realiza servicio social o prácticas profesionales en el mes que se informa y acorde a las incluidas en el programa o proyecto autorizado.
19	Con apoyo económico por la cantidad de: Sin apoyo económico.	Una "X" en el cuadro para el caso que ocupe o no el prestador que realiza su servicio social o prácticas profesionales apoyo económico, en caso de que reciba apoyo económico, anotar la cantidad mensual que recibirá.
20	Elabora	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y firma del prestador que realiza el servicio social o las prácticas profesionales.

1A90-009-002



**ANEXO 9**  
**Informe mensual de asistencia y actividades**  
**de servicio social o prácticas profesionales**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
21	Responsable	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, el cargo y firma del enlace responsable del área donde se encuentra realizando el servicio social o las prácticas profesionales.
22	Autoriza	El nombre (s), apellido paterno y apellido materno, cargo del responsable del programa o proyecto de servicio social o prácticas profesionales en el IMSS.

1A90-009-002



**ANEXO 10**

**Cédula de datos básicos de la persona que realiza  
Servicio Social o Prácticas Profesionales  
1A90-009-012**



**Cédula de datos básicos de la persona que realiza  
Servicio social o Prácticas profesionales**

Lugar y fecha: 1

Datos Generales			
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>	
Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span>	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span>	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span>	
CURP	Edad	Sexo	
Domicilio Particular <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">6</span>		Calle	No. Ext. e Int.
Colonia	C.P.	Teléfono	Correo electrónico
Datos Académicos			
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">7</span>		<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">8</span>	
Institución Educativa		Carrera	
Nivel:	Licenciatura <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">9</span>	Técnico <input type="checkbox"/>	Promedio <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">10</span>
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">11</span>	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">12</span>	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">13</span>	
Matrícula escolar	Semestre que cursa	Porcentaje de créditos	
Datos del área usuaria			
Servicio Social <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">14</span>		Prácticas Profesionales <input type="checkbox"/>	
Fecha de inicio:	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">15</span>	Fecha de término:	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">16</span>
Nombre del área usuaria: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">17</span>			
Domicilio del área usuaria: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">18</span>			
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">19</span>			
Nombre del proyecto			
Actividades:			
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">19</span>			
De: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">20</span>	A: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">21</span>	Apoyo económico <input type="checkbox"/>	Sin apoyo económico <input type="checkbox"/>
Horario			

Acepto de conformidad

22

\_\_\_\_\_  
Prestador

Atentamente

23

24

\_\_\_\_\_



**ANEXO 10**  
**Cédula de datos básicos de la persona que realiza**  
**servicio social o prácticas profesionales.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha	El lugar y fecha (dd/mm/aaaa) en que se registra la información en el Módulo de servicio social del SIAP.
2	Nombre (s), Apellido Paterno. Apellido Materno	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del prestador que realizará su servicio social o prácticas profesionales.
3	CURP	La Clave Única de Registro de Población del prestador solicitante.
4	Edad	La edad de la persona que va a realizar servicio social o prácticas profesionales.
5	Sexo	El sexo del prestador (Masculino o Femenino).
6	Domicilio Particular	El domicilio completo del prestador que va a realizar servicio social o prácticas profesionales, incluyendo correo electrónico.
7	Institución Educativa	El nombre completo de la institución educativa de procedencia del prestador.
8	Carrera	El nombre completo de la carrera profesional o carrera técnica que estudia el prestador, conforme a la carta de presentación.
9	Nivel:	El grado académico como aparece en la carta de presentación.
10	Promedio	El promedio escolar del prestador como aparece en el historial académico.
11	Matrícula escolar	El número de matrícula escolar del prestador, como aparece en la carta de presentación.
12	Semestre que cursa	El semestre que cursa el prestador.

1A90-009-012



**ANEXO 10**  
**Cédula de datos básicos de la persona que realiza**  
**servicio social o prácticas profesionales.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
13	Porcentaje de créditos	Para el caso de servicio social anotar el porcentaje de créditos cubiertos como aparece en la carta de presentación.
14	Servicio Social Prácticas Profesionales	Una "X" si realiza servicio social o prácticas profesionales.
15	Fecha de inicio: Fecha de término:	La fecha de inicio y de término en que se realizará el servicio social o prácticas profesionales, siempre iniciando el primer día hábil de cada quincena.
16	Nombre del área usuaria:	El nombre completo del área en la cual llevará a cabo el servicio social o prácticas profesionales.
17	Domicilio del área usuaria:	El domicilio completo del área donde se incorporará el prestador
18	Nombre del proyecto	El nombre del programa o proyecto en el cual se incorpora al prestador que aparece registrado en el Módulo de servicio social del SIAP.
19	Actividades	Las actividades que realizará el prestador durante el tiempo que permanezca incorporado al IMSS.
20	Horario	El horario asignado para realizar el servicio social o prácticas profesionales.
21	Apoyo económico. Sin apoyo económico.	Indicar si le será otorgado el apoyo económico y la cantidad que recibirá el prestador mensualmente.
22	Acepto de conformidad	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y firma del prestador aceptando realizar servicio social o prácticas profesionales.
23	Atentamente	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno, cargo y firma del enlace responsable del programa o proyecto de servicio social o prácticas profesionales en el IMSS.

1A90-009-012



**ANEXO 10**  
**Cédula de datos básicos de la persona que realiza**  
**servicio social o prácticas profesionales.**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
24	Sello	El sello de la Coordinación de Capacitación para Nivel Central y sello del Departamento de Capacitación y Transparencia en los OOAD.

1A90-009-012