

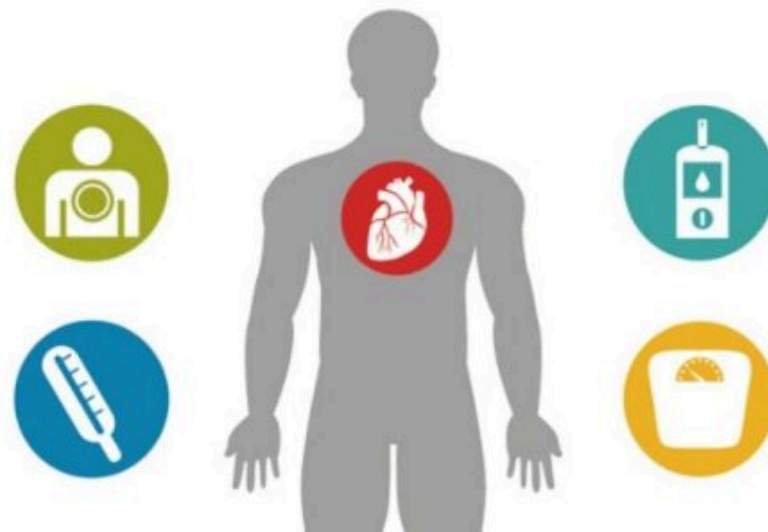


**Instituto Politécnico Nacional**  
**Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería campus Zacatecas**



**Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social**  
**Departamento de Servicios Estudiantiles**

# Atención a la Salud

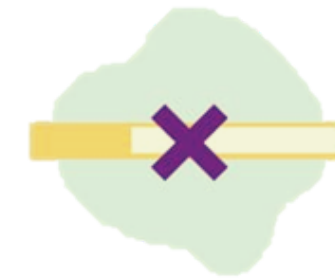




# Programas de Educación para la Salud

---

- Detecciones de enfermedades
- Salud sexual y reproductiva
- Inmunizaciones
- Hábitos adecuados higiene
- Actividad Física
- Nutrición
- Prevención de adicciones



# Afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social

---

Proporciona Atención Médica a los estudiantes del IPN que lo requieran.

- Medicina preventiva
- Atención ginecológica
- Análisis clínicos y de gabinete
- Atención médica de especialidades
- Rehabilitación



# Derechohabiente

**gob.mx**

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Asignación de Número de Seguridad Social**

Homoclave del trámite	Folio
IMSS-02-008	1659987989070739698150
Homoclave del formato	Fecha de solicitud del trámite
FF-IMSS-013	08 / 08 / 2022 DD MM AAAA


El Instituto Mexicano del Seguro Social hace constar que se recuperó el siguiente:

Número de Seguridad Social:	XXXXXXXXXXXX
CURP:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nombre(s):	Nombre(s)
Primer apellido:	Apellido Paterno
Segundo apellido:	Apellido Materno
Sexo:	Mujer/Hombre
Fecha de nacimiento:	dd/mm/aaaa
Lugar de nacimiento:	ZACATECAS

Este Número de Seguridad Social es único, permanente e intransferible y se asigna para el control del registro de los trabajadores o sujetos de aseguramiento y sus beneficiarios; las prestaciones en especie y en dinero se otorgarán cuando hayan cumplido con los requisitos previstos en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos; la individualización de los recursos en las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) se efectuará durante el período en que se encuentre inscrito con un patrón.

El trabajador se registrará en la U.M.F. asignada, de acuerdo a su domicilio cuando un patrón lo inscriba en el Instituto.

**Instituto Mexicano del Seguro Social**



tu Número de Seguridad Social es: XXXXXXXXXXXX

**Asociado a la CURP:**  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



**Imprime y recorta**

# Vigencia de derechos correcta

- Revisar que aparezca "Con derecho a servicio médico" "SÍ" en el caso de alumnos de reinscripción.
- Revisar que tu clínica sea alguna de Zacatecas (si no es así, cámbiate de clínica desde el siguiente enlace <https://n9.cl/ti8yz>, si no tienes ninguna registrada date de alta en el siguiente enlace <https://n9.cl/jlc2j>
- Revisar que el nombre de la razón social sea "Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería campus Zacatecas" para reinscritos y en el caso de **alumnos de nuevo ingreso** de la vigencia **debe aparecer sin derecho a servicio médico** para poder dar el alta por IPN.

Vigencia de derechos



<https://n9.cl/ab7jh>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMSS-02-020	FF-IMSS-012	10 / 11 / 2015 DD / MM / AAAA

Datos Generales

NSS:	XXXXXXXXXXXX
CURP:	XXXXXXXXXXXX
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:	NOMBRE COMPLETO
Sexo:	HOMBRE/MUJER
Fecha de nacimiento:	XX/XX/XXXX
Lugar de nacimiento:	ESTADO DONDE NACIÓ

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:	SI
Vigente:	24/06/2022
Delegación:	ZACATECAS
UMF:	UMF 057 ZACATECAS
Turno:	VESPERTINO
Consultorio:	CONSULTORIO 1
Agregado Médico:	1F2000ES

Datos de Aseguramiento

Registro Patronal	H0929861327	Nombre o razón social	UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA CAMPUS ZACATE
Modalidad de Aseguramiento	MODALIDAD 32	Descripción de Modalidad	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

Detalle de vigencia

Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
VIGENTE	10/01/2019	24/06/2022

Beneficiarios

De conformidad con los artículos 4 y 49-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)

México | COFOPR | IMSS

Contacto  
Pasaje de la Reforma 476, P.B.  
Col. Juárez, Delegación  
Cuadrante C.P. 06600 México, D.F.  
Tel: 01 800 423 23 23  
<http://atencioncontactoimss.com.mx>

Hoja 1 de 2

Nota: Las clínicas que se consideran cercanas son: Zacatecas, Guadalupe, Morelos, Calera, Fresnillo o Jerez. Para Jerez y Fresnillo (u otro municipio cercano), solo se puede mantener así en caso de seguir viviendo durante el periodo escolar (entre semana) en dicho municipio.

# Seguros de vida

Es otorgado por el Instituto a sus estudiantes, brindando protección económica en caso de accidente o muerte.

El trámite es obligatorio para todos los alumnos inscritos en la Unidad Académica.

Los beneficiarios deben ser familiares directos (padres, hermanos, cónyuge y/o hijos). Solo mayores de edad, debes conocer su dirección y fecha de nacimiento. La suma total será de un 100%.

Descarga de pagina de la UPIIZ (Estudiantes-Servicios Estudiantiles-Servicio médico).

Seguro de vida  
(Patrimonial)




<https://acortar.link/UgSxIP>

Seguro de accidentes  
(La Latino)



<https://acortar.link/vtIP9J>



**CONSENTIMIENTO**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,  
8° Piso, 06007, Ciudad de México,  
Tel.: 5130-2800  
latinoseguros.com.mx

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

<b>Nombre completo del Contratante</b>					
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL					
<b>Datos de la póliza</b>					
Número de póliza anterior _____		Número Póliza _____		Número Certificado _____	
Número de Filial _____					
<b>Datos del Asegurado</b>					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) <b>ApellidoP ApellidoM Nombre(s)</b>		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
dd/mm/aaaa		usuarioAlumno@alumno.ipn.mx		xxx xxx xxxx	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono	
Nombre de la calle		x		Nombre de la colonia	
				xx xxx	
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia	
Nombre completo del municipio		Nombre del estado		Nombre del estado	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
<b>Estudiante</b>					
Sueldo Mensual		Ocupación		Categoría dentro de la misma	
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa					
Causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____					
Suma Asegurada o regla para determinarla: _____					
<b>Datos de los Beneficiarios</b>					
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.					
Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa	Padre/Madre/ Abuelx/Hermanx/ Tix/Sobrinx(+18)/ Hijx(+18)/Esposx/ Cónyugue	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa		Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa		Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
<b>Importante</b>					
El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S.A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato. Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.					

0330203-A.2 1

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

#### Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A., con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios) incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.

Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; en caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet [latinoseguros.com.mx](http://latinoseguros.com.mx) en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: [protecciondatos@latinoseguros.com.mx](mailto:protecciondatos@latinoseguros.com.mx) Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet [latinoseguros.com.mx](http://latinoseguros.com.mx) en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A. para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si  No

Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento.

*Firma*

Zacatecas dd/mm/aaaa

Nombre(s) ApellidoP ApellidoM

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Fecha de inicio de semestre  
y año en curso

¡Recuerda que debes **IMPRIMIR Y FIRMAR** de manera AUTÓGRAFA (con tu puño y letra), con **tinta AZUL** los 2 formatos de seguro de vida!

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la <sup>2</sup> documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.



# Bajas Temporales

Si provienes de una baja temporal, deberás solicitar nuevamente la afiliación al IMSS enviando la vigencia de derechos actualizada al correo de servicio médico y donde describas tu solicitud y nos indiques carrera y boleta.

Si contabas con un seguro médico diferente al de la UPIIZ y ahora quieres ser asegurado por nosotros deberás también enviar un correo con la solicitud y anexar la vigencia de derechos indicando tu carrera y boleta.

correo: [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx)

gob.mx  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite: IMSS-02-020  
Homoclave del formato: FF-IMSS-012  
Fecha de publicación del formato en el DOF: 10 / 11 / 2015  
ED / MM / AAAA

**Datos Generales**

NSS: XXXXXXXXXXXX  
CURP: XXXXXXXXXXXX  
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido: NOMBRE COMPLETO  
Sexo: HOMBRE/MUJER  
Fecha de nacimiento: XX/XX/XXXX  
Lugar de nacimiento: ESTADO DONDE NACIÓ

**Datos de Aseguramiento**

Con derecho al servicio médico: SI  
Vigente: 24/06/2022  
Delegación: ZACATECAS  
UMF: UMF 057 ZACATECAS  
Turno: VESPERTINO  
Consultorio: CONSULTORIO 1  
Agregado Médico: 1F2000ES

**Datos de Aseguramiento**

Registro Patronal: H0929861327  
Modalidad de Aseguramiento: MODALIDAD 32  
Nombre o razón social: UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA CAMPUS ZACATE  
Descripción de Modalidad: SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

**Detalle de vigencia**

Estado: VIGENTE  
Inicio de Vigencia: 10/01/2019  
Fecha de Constancia: 24/06/2022

**Beneficiarios**

La conformidad con los artículos 4 y 48-A, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar servicios y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

**Contacto**  
Paseo de la Reforma 474, P.B.  
Caj. Juárez, Delegación  
Cuauhtémoc, C.P. 06600 México, D.F.  
Tel. 01 800 623 23 23  
http://www.contrataciones.com.mx

MÉXICO  
COFOPR  
IMSS

Hoja 1 de 2

# Bajas de seguro médico IMSS

Manda un correo al [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx) solicitando tu baja e indicando carrera y boleta y anexa los siguientes documentos:

1.- Vigencia de derechos del IMSS con fecha actual (no mayor a 5 días de la fecha de solicitud)

<https://n9.cl/ab7jh>

2.- Formato Carta Rechazo <https://acortar.link/ssnPml>

(completa los datos solicitados, escanea y anexa el documento)

3.- Copia de credencial de estudiante

**Servicio Médico UPIIZ**  
Edificio de Gobierno  
Planta baja  
Horario de atención  
Lunes a viernes  
7:00 A.M. a 10:00 A.M.  
10:30 A.M. a 2:00 P.M.  
E-MAIL: [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx)

**Servicio Médico de Atención Prehospitalaria**  
Edificio de Pesados 1  
Planta alta  
Horario de atención  
Lunes a jueves  
11:00 A.M. a 6:00 P.M.  
Viernes  
9:00 A.M. a 4:00 P.M.  
Después del horario establecido y en días festivos no hay servicio.

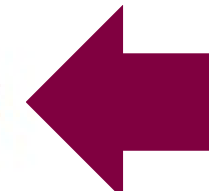
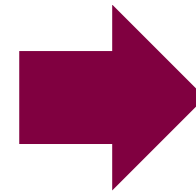


## Documentos



### Seguros

- Trámites IMSS
- Seguro de accidente
- Seguro de vida
- Formato de Carta Renuncia IMSS-IPN
- Ejemplos de seguros
- Ejemplo de vigencias



# Documentos para salidas escolares

Para salidas escolares es necesario que entregue cada alumno su vigencia de derechos del IMSS con fecha actual. lo mas cercano a la fecha del viaje

Es necesario tramitarlo para las salidas programadas por la Subdirección Académica, y debes entregar el documento con el docente encargado del viaje, **en caso de no entregar este documento, no tendrá derecho a realizar el viaje (Sin excepción).**

## Vigencia de derechos



<https://n9.cl/ab7jh>

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMS-02-020	FF-IMS-012	10 / 11 / 2015 D.O. MEX

Datos Generales

NSS	XXXXXXXXXXXX
CURP	XXXXXXXXXXXX
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido	NOMBRE COMPLETO
Sexo	HOMBRE/MUJER
Fecha de nacimiento	XX/XX/XXXX
Lugar de nacimiento	ESTADO DONDE NACIÓ

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico	SI
Vigencia	24/06/2022
Delegación	ZACATECAS
UMI	UMI 057 ZACATECAS
Turno	VESPERTINO
Consultorio	CONSULTORIO 1
Agregado Médico	1F2000ES

Datos de Aseguramiento

Registro Patronal	H0929861327	Nombre o razón social	UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA CAMPUS ZACATE
Modalidad de Aseguramiento	MODALIDAD 32	Descripción de Modalidad	SEGURO FACULTATIVO ESTUDANTES

Detalle de vigencia

Estado	VIGENTE	Inicio de Vigencia	10/01/2019	Fecha de Constancia	24/06/2022
--------	---------	--------------------	------------	---------------------	------------

Beneficiarios

México, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social

# Para más información

## Servicio Médico UPIIZ



Edificio de Gobierno  
Planta baja

**Horario de atención**  
Lunes a viernes  
7:00 A.M. a 10:00 A.M.  
10:30 A.M. a 2:00 P.M.

E-MAIL: [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx)

## Servicio Médico de Atención Prehospitalaria



Edificio de Pesados 1  
Planta alta

**Horario de atención**  
Lunes a jueves  
11:00 A.M. a 6:00 P.M.  
Viernes  
9:00 A.M. a 4:00 P.M.

Después del horario establecido y en días festivos no hay servicio.

**correo: [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx)  
ext. 83 520**