



2021 - 2027

EXPEDIENTE 1

SECRETARÍA DE SALUD

RELACIÓN DE REQUISITOS PARA REALIZAR SERVICIO SOCIAL DE ODONTOLOGÍA

PROMOCIÓN AGOSTO 2025 – JULIO 2026 (EXPEDIENTE PARA EL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS).

- 1.- Registro federal. Es el acuse que imprimiste de la plataforma DGCEs. Recuerda firmarlo con tinta azul y ponerle la fecha.
- 2.- IMPRESIÓN DE LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN (Se expedirá el archivo por la Institución Educativa y deberá ser llenado a computadora por el alumno, pegando una foto en el recuadro superior derecho, sin modificar el formato) **(1 ORIGINAL)**.
- 3.- ANEXAR ESTA RELACIÓN DE REQUISITOS AL EXPEDIENTE.
- 4.- NOMBRAMIENTO (Se expide por la Secretaría de Salud el día del evento público)
- 5.- CARTA DE AUTORIZACIÓN EXPEDIDA POR LA ESCUELA, con sello y firma original, dirigida al DR. JUAN MANUEL MORENO MAGAÑA SUBDIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA y con atención a la DRA. EVA JENNIFER VILLAFÁN VIDALES. JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS con fecha del día del evento público **(1 ORIGINAL)**
- 6.- Carta de pasante **(1 COPIA)**.
- 7.- ACTA DE NACIMIENTO, DEBERÁ SER DE 2025 **(1COPIA)**
- 8.- MEMORANDUM DE CALIFICACIONES CON FECHA DEL AÑO 2025. Con firma y sello de la Institución Educativa. **(1 COPIA)**.
- 9.- CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA CRUZ ROJA CON FIRMA Y SELLO. Con vigencia de un mes previo al evento público, no se recibirá del IMSS, ISSSTE y PARTICULARES. **(1 ORIGINAL)**.
- 10.- DOCUMENTO DE DERECHOHABIENTA (IMSS, ISSSTE, OTRA) O EN SU DEFECTO DE NO DERECHOHABIENTA **(1 COPIA)**
- 11.- COMPROBANTE DE DOMICILIO (agua, luz, teléfono fijo, que sea de los meses ABRIL, MAYO O JUNIO **(1 COPIA)**.
- 12.- CEDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL CON HOMOCLEVE (RFC), EXPEDIDA POR EL SAT **(1 COPIA)**.
- 13.- INE. En ampliación tamaño carta, por ambos lados en una sola hoja. **(1 COPIA)**
- 14.- CURP validada con RENAPO **(1 COPIA)**
- 15.- 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL **ADHERIBLES (OPCIONAL) BLANCO Y NEGRO O COLOR**



Secretaría
de Salud

GOBIERNO DE MICHOACÁN

FOLDER TAMAÑO CARTA, COLOR AZUL REY ROTULADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)

SERVICIO SOCIAL DE LA LIC. EN ODONTOLOGÍA. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD. AGOSTO 2025 – JULIO 2026. Con letra Arial black No 13.

Pegar con Resistol y fijar con cinta Diurex toda la pestaña.

COMENTARIOS/DUDAS, ENVIAR

CORREO:

pregradossmichoacan@gmail.com

y

cordinamichpasantes@hotmail.com.

TELÉFONO: 44 36 89 26 08 extensión 240, 252 y 253



EXPEDIENTE 1



**Secretaría
de Salud**

GOBIERNO DE MICHOACÁN