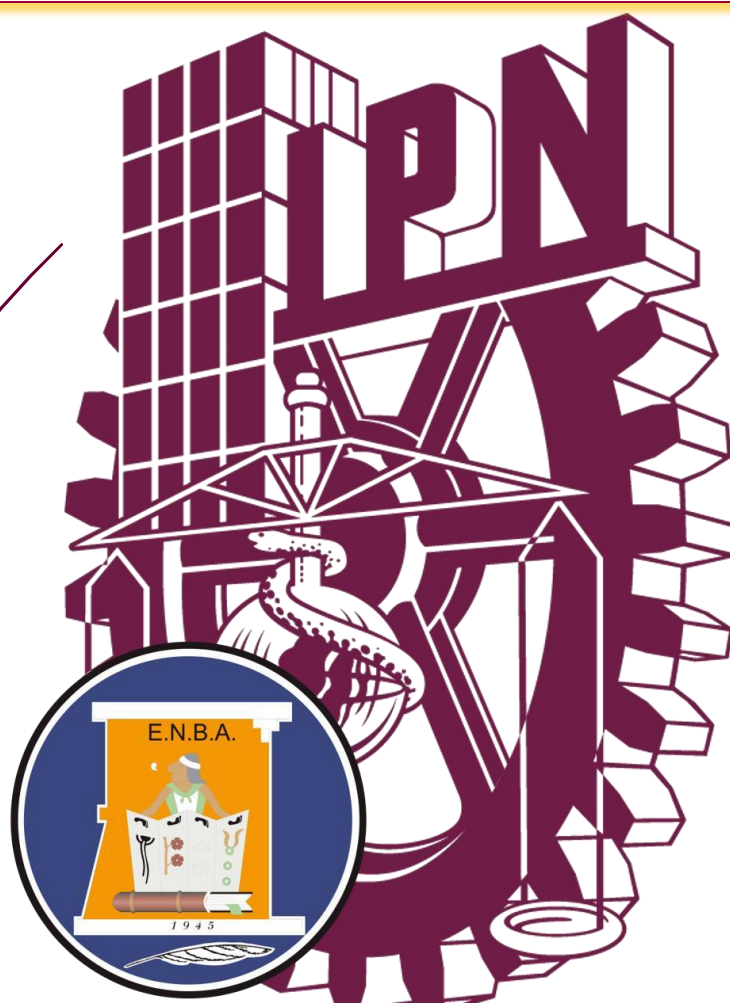
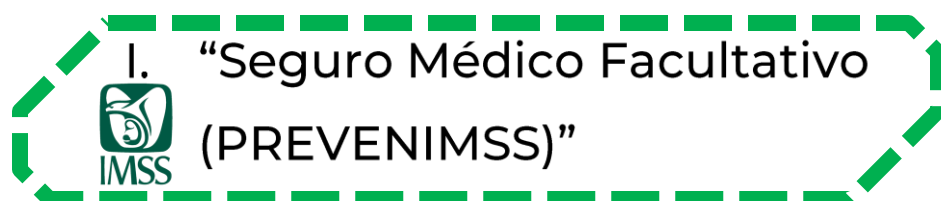


Guía para la  
realización de  
trámites relacionados  
con tu salud

**EXCLUSIVAMENTE INSCRIPCIONES  
DE 1º SEMESTRE**



## Guía para la realización de trámites relacionados con tu salud.



Servicio Médico, ENBA.

### **Importante:**

Esta información está dirigida a orientar a alumnos de *nuevo ingreso*, sin distinción de licenciatura o modalidad en la que se encuentre inscrito.

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

### I. Seguro Médico Facultativo (PrevenIMSS)



### II. "Seguro de vida y Seguro de accidentes personales"



Una vez como **alumno del IPN**, tienes derecho a contar con:

- **El Seguro Médico Facultativo (IMSS):** Con el que obtienes derecho a atención médica de cualquier tipo, sin costo para ti. La cobertura es sólo para ti como estudiante.
- **Los Seguros de Vida y Accidentes personales (Pólizas):** El IPN brinda una cobertura para sus alumnos, en caso de muerte natural, accidental o pérdidas orgánicas, sin costo para ti.

**Para poder contar con ambos beneficios, te pedimos que sigas los pasos a continuación:**

1. Entra a la página <http://www.sismi.dse.ipn.mx/> con los siguientes datos personales a la mano:



- a. CURP
- b. NÚMERO DE BOLETA
- c. NOMBRE COMPLETO (*tal y como aparece en tu acta de nacimiento*)
- d. DIRECCION COMPLETA CON CÓDIGO POSTAL (*si eres estudiante foráneo, registra la dirección del domicilio donde estás viviendo durante el tiempo en que realices tus estudios*)
- e. CORREO ELECTRÓNICO
- f. TELÉFONO
- g. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL "NSS" (*de no tenerlo a la mano, debes generarlo en la misma página*)

2. Da clic en la pestaña amarilla "Cédula de Afiliación Alumnos".

EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

Instituto Politécnico Nacional "La Técnica al Servicio de la Patria"

SISMI

Cédula de PrevenIMSS-Afiliación

SISMI

EVITA INTENTAR REGISTRARTE CON EL FORMULARIO DE "USUARIO Y CONTRASEÑA"

Usuario

Contraseña

Ingresar

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

Página inicial:



¿Eres alumno de primer semestre?

No  Sí

**Atención importante para la comunidad estudiantil: Ahora tienes derecho a los servicios médicos ante el IMSS y otras prestaciones.**

Como parte de tu proceso de inscripción o reinscripción es fundamental que proporciones tu Número de Seguridad Social (NSS) para que tu Unidad Académica o la Dirección de Apoyos a Estudiantes gestione tu alta al seguro facultativo, ante el IMSS. Si no requieres esta prestación que te brinda el IPN, por gozar de otros servicios médicos, será necesario que hagas entrega de tu "Carta Rechazo".

Si eres nuevo ingreso de alguna de las unidades académicas ubicadas en la zona metropolitana del Valle de México (ZMVM) deberás imprimir la "Cédula PrevenIMSS" para participar en las jornadas de salud que se organizan con el IMSS. Esta cédula deberá ser entregada a tu servicio médico escolar. Para el caso de los estudiantes de las Unidades Foráneas, Sección de Estudios de Posgrado y Centros de Investigación no aplica dicha Cédula.

Para actividades escolares, actividades deportivas y realizar tu servicio social, es **INDISPENSABLE** contar con tu afiliación a servicios médicos.

En el caso de un suceso de las pólizas de seguros de vida por muerte natural y accidental, recuerda que debes indicar el domicilio que está en tu INE.

Si eres menor de edad, el domicilio deberá coincidir con el domicilio marcado en el INE de uno de tus beneficiarios.

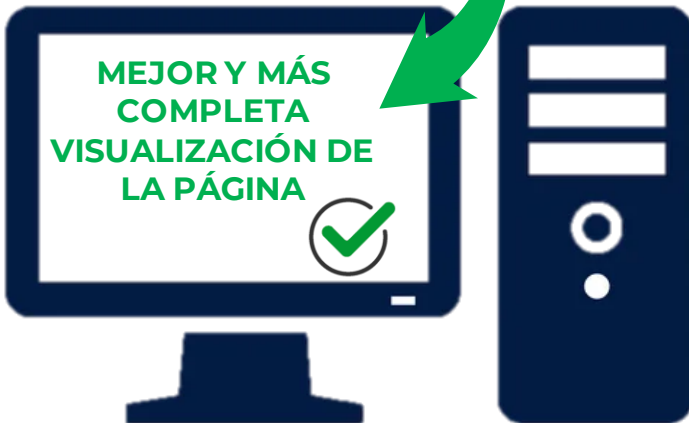
Recuerda notificar a las personas beneficiarias menores de edad.

Una vez que tengas tus pólizas de seguros, deberás firmarlas a mano, en tinta azul, y entregarlas al servicio médico escolar de tu unidad o en el Departamento de Servicios Estudiantiles. Si eres estudiante de posgrado, en el Departamento de Posgrado o el área que se te indique.

### MUY IMPORTANTE:

- Seleccionar la opción "Sí" (Alumno de primer semestre)
- De preferencia utilizar Computadora

**NO UTILIZAR** AL PRINCIPIO EL BOTÓN "BUSCAR"



Si lo realizas en tu teléfono móvil, es importante desplazarse bien hacia abajo para la completa visualización de la página.

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

Inmediatamente después, aparecerá una pantalla como esta:

**Aviso importante para la comunidad estudiantil: Ahora tienes derecho a los servicios médicos ante el IMSS y otras prestaciones.**

Como parte de tu proceso de inscripción o reinscripción es fundamental que proporciones tu Número de Seguridad Social (NSS) para que tu Unidad Académica o la Dirección de Apoyos a Estudiantes gestione tu alta al seguro facultativo, ante el IMSS. Si no requieres esta prestación que te brinda el IPN, por gozar de otros servicios médicos, será necesario que hagas entrega de tu "Carta Rechazo".

Si eres de nuevo ingreso de alguna de las unidades académicas ubicadas en la zona metropolitana del Valle de México (ZMMV) deberás imprimir la "Cédula PrevenIMSS" para participar en las jornadas de salud que se organizan con el IMSS. Esta cédula deberá ser entregada a tu servicio médico escolar. Para el caso de los estudiantes de las Unidades Foráneas, Sección de Estudios de Posgrado y Centros de Investigación no aplica dicha Cédula.

Para asistir a prácticas escolares, actividades deportivas y realizar tu servicio social, es **INDISPENSABLE** contar con tu afiliación a servicios médicos.



En el caso del llenado de las pólizas de seguros de vida por muerte natural y accidental, recuerda que debes indicar el domicilio que esta en tu INE.

Si eres menor de edad, el domicilio deberá coincidir con el domicilio marcado en el INE de uno de tus beneficiarios.

Recuerda no colocar personas beneficiarias menores de edad.

Una vez que imprimas tus pólizas de seguros, deberás firmarlas a mano, en tinta azul, y entregarlas al servicio médico escolar de tu unidad o en el Departamento de Servicios Estudiantiles. Si eres estudiante de posgrado, en el Departamento de Posgrado o el área que se te indique.

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Guardar Buscar

CURP: AOCM890331HSPCTR09 Boleta: 2023440023 Semestre: 1<sup>o</sup> Nivel Académico: Superior Unidad académica de nuevo ingreso: ENBA Modalidad: ESCOLARIZADO Carreras: LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA

1er. Apellido: AGUILAR 2do. Apellido: CHACON Nombre (s) Sin abreviaturas: MAURICIO ALEJANDRO

Fecha nacimiento: 31/03/1989 E-mail: mau\_ale89@gmail.com C.P. actual: 02271 Estado: CIUDAD DE MÉXICO Municipio / Alcaldía: Miguel Hidalgo

Colonia: OBRERA POPULAR Calle: CAMPO MEXICANO Núm. Exterior: 198 Núm. Interior: 1 Teléfono: 5655234658

Número de seguridad social: 26160111873 Clínica: HGZMF 76 Xalostoc

Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLÍNICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS

Si por alguna razón no pudieras realizar el trámite vía electrónica, deberás acudir a la Delegación o Subdelegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones administrativas del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

¿Actualmente trabajas o estas afiliado por parte de tus padres?  
 Sí  No

Soy Foráneo  
 --Selecciona la clínica--

Aquí deberás ingresar tus datos personales completos y sin abreviaturas, en caso de tener más de un nombre NO OMITAS NINGUNO y revisa que no haya errores de escritura. Recuerda que, si tus datos están mal capturados, tu trámite **no podrá ser validado**.

En caso de no contar con un número de seguridad social (NSS), se te asignará uno dentro de la misma plataforma haciendo clic en el link azul, que te redireccionará al portal del IMSS.

- Si eres ESTUDIANTE FORANEO, registra la dirección del domicilio donde estarás viviendo durante el tiempo en que realices tus estudios. (Modalidad escolarizada proveniente del interior de la República Mexicana, radicando en CDMX o EDOMEX).
  - Si tu modalidad es no escolarizada (A distancia) radicando al interior de la República Mexicana, selecciona en tu Clínica la opción: "Soy Foráneo"

**• IMPORTANTE:** Ya concluida esta sección, aún no utilices el botón de **GUARDAR**, continua en la parte inferior, llenando ahora el formulario de "Seguro de vida y accidentes"

- Registra un máximo de tres beneficiarios, que sean tus familiares directos y mayores de edad, asignándoles un porcentaje % cerrado sin números decimales a cada uno, que en suma de todos resulte 100% y no olvides seleccionar a cada uno con la opción "Irrevocable"

**Seguro de vida y Accidentes**

**Beneficiario 1**

Nombre completo de beneficiario: PEDRO AGUILAR GIL Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX Porcentaje %: 50 Parentesco: PADRE Fecha nacimiento: 04/01/1968  Revocable  Irrevocable

**Beneficiario 2**

Nombre completo del beneficiario: YOLANDA MARTINEZ SOSA Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX Porcentaje %: 50 Parentesco: MADRE Fecha nacimiento: 05/01/1968  Revocable  Irrevocable

**Beneficiario 3**

Nombre completo de beneficiario: Domicilio del beneficiario: Porcentaje %: Parentesco: Fecha nacimiento:  Revocable  Irrevocable

Total %: 100

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

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

4. Una vez ingresados todos tus datos correctamente, haz clic en **GUARDAR**

En caso de aparecer errores el sistema te indicara a través de **notificaciones en letras rojas** en que te haz equivocado. Presta especial atención a los dígitos de tu **CURP** y el **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL "NSS"**

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Buscar Guardar

CURP: AOCM890331HSPCTR09  
Boleta: 2023  
Semestre: 1°  
Nivel Académico: Superior  
Unidad académica de nuevo ingreso: ENBA  
Modalidad: ESCOLARIZADO  
Carreras: LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA

Consultar en RENAPO

1er. Apellido: AGUILAR  
2do. Apellido: CHACON  
Nombre (s) Sin abreviaturas: MAURICIO ALEJANDRO

Fecha nacimiento: 31/03/1989  
E-mail: mau\_ale89@gmail.com  
C.P. actual: 02271  
Estado: CIUDAD DE MÉXICO  
Municipio / Alcaldía: Miguel Hidalgo

Colonia: OBRERA POPULAR  
Calle: CAMPO MEXICANO  
Núm. Exterior: 198  
Núm. Interior: 1  
Teléfono: 5655234658

Número de seguridad social: 26160111873  
Clínica: HGZMF 76 Xalostoc

Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLINICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS

Si por alguna razón no pudieras realizar el trámite vía electrónica, deberás acudir a la Delegación o Subdelegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones administrativas del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

¿Recibes servicios médicos por parte de otra Institución de salud pública y/o privada y deseas rechazar el seguro facultativo del IMSS que te otorga el IPN?  
 Sí  No

**Seguro de vida y Accidentes**

Beneficiario 1

Nombre completo de beneficiario: PEDRO AGUILAR GIL  
Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX  
Porcentaje %: 50  
Parentesco: PADRE  
Fecha nacimiento: 04/01/1968  
 Revocable  
 Irrevocable

Beneficiario 2

Nombre completo de beneficiario: YOLANDA MARTINEZ SOSA  
Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX  
Porcentaje %: 50  
Parentesco: MADRE  
Fecha nacimiento: 05/01/1968  
 Revocable  
 Irrevocable

Beneficiario 3

Nombre completo de beneficiario:   
Domicilio del beneficiario:   
Porcentaje %:   
Parentesco:   
Fecha nacimiento:   
 Revocable  
 Irrevocable

Total %: 100  
El total debe de ser = 100%

Una vez hayas guardado correctamente y sin errores tu información, notarás que aparecerá un recuadro color verde con la notificación **"Alumno registrado exitosamente"**, así como los botones para **imprimir** los comprobantes **para tu inscripción y evento "PrevenIMSS en IPN"**

Esta es una actividad conjunta del Departamento de Promoción y Prestaciones y el Departamento de Atención a la Salud derivada del programa interinstitucional PrevenIMSS. Una vez capturados los datos debes guardar primeramente la información, enseguida imprimir la cédula y presentarla para que se te sea indicado para realizar la actividad PrevenIMSS.

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Cancelar Imprimir Cédula PrevenIMSS Imprimir Pólizas

CURP: AOCM890331HSPCTR09  
Boleta: 2023  
Semestre: 1°  
Nivel Académico: Superior  
Unidad académica de nuevo ingreso: ENBA  
Modalidad: ESCOLARIZADO  
Carreras: LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA

Consultar en RENAPO

1er. Apellido: AGUILAR  
2do. Apellido: CHACON  
Nombre (s) Sin abreviaturas: MAURICIO ALEJANDRO

Fecha nacimiento: 31/03/1989  
E-mail: mau\_ale89@gmail.com  
C.P. actual: 02271  
Estado: CIUDAD DE MÉXICO  
Municipio / Alcaldía: Miguel Hidalgo

Colonia: OBRERA POPULAR  
Calle: CAMPO MEXICANO  
Núm. Exterior: 198  
Núm. Interior: 1  
Teléfono: 5655234658

Número de seguridad social: 01148900259  
Clínica: HGZMF 76 Xalostoc

Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLINICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS

5. Procede a hacer clic en ambos botones, uno por uno: el **color rojo para la Cédula PrevenIMSS** y el **color verde para tus Pólizas de seguro de vida y de accidentes**. De cada uno te generará un archivo PDF que deberás imprimir para firmar a mano y entregarlas presencialmente: **A continuación visualizarás una muestra de la mismas:**

**Instituto Politécnico Nacional**  
Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archiconomía




**“Cédula de chequeo PrevenIMSS en IPN”  
(Muestra)**

Cancelar

Imprimir Cédula PrevenIMSS

Imprimir Pólizas



	INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS DIRECCIÓN DE APOYOS A ESTUDIANTES DIVISIÓN DE PRESTACIONES Y ATENCIÓN A LA SALUD DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD <b>Cédula de chequeo PrevenIMSS en IPN 2023/2</b>	 	
ALUMNO@: MAURICIO ALEJANDRO AGUILAR CHACÓN	F. NACIMIENTO: 31/03/1989	F. CHEQUEO: _____	
PLANTEL: ENBA	CURP: AOCM890331HSPCTR09	BOLETA: 2023	
NSS: 01148900259	CLÍNICA UMF: HGZMF 76 Xalostoc		
<b>I. Módulo de Promoción a la Salud</b>			
Cartilla nacional de salud	Tiene cartilla	Si ( ) No ( )	No lo trae ( ) Se le otorgo ( )
Tema "Alimentación correcta"	Sesión o plática	Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Actividad física"	Sesión o plática	Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Salud bucal"	Sesión o plática	Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Salud sexual"	Sesión o plática	Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
Tema "Prevención y adicciones"	Sesión o plática	Si ( ) No ( )	Con audiovisual Si ( ) No ( )
<b>II. Módulo de Evaluación Nutricional</b>			
Peso: _____ <small>(Escribir en kilos y gramos)</small>	Talla: _____ <small>(Escribir en metros y centímetros)</small>	Cintura: _____	IMC: _____
Valor nutricional:	Bajo peso ( )	Normal ( )	Sobrepeso ( ) Obesidad ( ) Ac. Fólico: Si ( ) No ( )
<b>III. Módulo de Esquema de Vacunación</b>			
<small>"Primera Dosis", "Segunda Dosis", "Tercera Dosis", o "Dosis Refuerzo" aplicadas con previa valoración</small>			
Toxoide TD 1°: <small>Toxinas y Difteria</small>	Hepatitis B	Influenza	_____
<small>PD, SD, TD, DR</small>	<small>PD, SD</small>	<small>DR</small>	
<b>IV. Módulo de Prevención y Control de Enfermedades</b>			
Placa Bacteriana: Si ( ) No ( ) <small>(Instruir en la técnica otorgando pastilla)</small>	Cepillo Dental: Si ( ) No ( ) <small>(Instruir en la técnica y otorgar cepillo dental)</small>	Hilo Dental: Si ( ) No ( ) <small>(Instruir en la técnica)</small>	
<b>V. Módulo Detección de Enfermedades (para mayores de 20 años)</b>			
Glucosa: Ayunas ( ) Casual ( )	Cifra de Glucosa: _____ <small>Escribir valor mg/dl.</small>	Sospecha ( ) Prediabetes ( )	
TA: _____ <small>Escribir valor mmHg</small>	Sospecha HAS ( ) Pre HAS ( )	Colesterol: _____ <small>Escribir valor mg/dl.</small>	Sospecha HTC ( )
Detección de Agudeza Visual: OD ( / ) OI ( / )	Normal ( )	Sospechoso ( ) Usa lente ( )	
Realización de detección de VHC ( )	Realización de detección de VIH ( )	Realización de detección de tamizaje de salud mental ( )	
<b>VI. Módulo de Salud Sexual y Reproductiva</b>			
Entrega de Condón número: _____ <small>(Número de condones como recordatorio de prevenir ITS)</small>	Orientación sobre el uso del condón: Si ( ) No ( ) <small>(Orientación sobre uso correcto y consistente del condón masculino)</small>		

**Realizando adecuadamente tu registro en el portal SISMI, obtendrás éste documento indispensable para:**

- **Poder ser registrado en el IMSS (Seguro facultativo)**
- **Participar en la Actividad “PrevenIMSS en IPN” la cual es una actividad presencial en tu plantel, de carácter obligatorio para modalidad escolarizada.**

**NOTA: Imprime esta página única**   **y no realizarás ningún llenado a mano de este documento.**

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archiconomía

### "Pólizas de Seguros" (Muestras)

Cancelar

Imprimir Cédula PrevenIMSS

Imprimir Pólizas

De accidentes

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

**CONSENTIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

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.

Nombre completo del Contratante: \_\_\_\_\_

Datos de la póliza

Número de póliza anterior: \_\_\_\_\_ Número Póliza: **41845** Número Certificado: \_\_\_\_\_ Número de Filial: \_\_\_\_\_

Datos del Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s): **AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO** Masculino  Femenino   
 Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año: **31/MARZO /1989** Correo electrónico: **mau\_alo89@gmail.com** Teléfono: **565234658**

Campo Mexicano: **198 1** OBRERA POPULAR Teléfono: **02271**

Calle: **Miguel Hidalgo** Número (Exterior e Interior): **CIUDAD DE MÉXICO** Colonia: **MÉXICO** Código Postal: **06000**

Delegación o Municipio: **ESTUDIANTE** Ciudad o Población: **CIUDAD DE MÉXICO** Entidad Federativa: **MÉXICO**

Categoría dentro de la misma: **ESTUDIANTE** Ocupación: **ESTUDIANTE**

¿Sueldo Mensual? **0.00**

Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?  Sí  No  En caso de respuesta negativa indicar causa: **N/A**

Periodo: desde **N/A** hasta **N/A**

Suma Asegurada o regla para determinarla: **N/A**

Datos de los Beneficiarios

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	Revocable <input type="checkbox"/>	Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
PEDRO AGUILAR GIL	CAMPO MEXICANO 101, REYNOSA, A24P07ATLCOLO 02341, CDMX	50%	04/01/1968	PADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
YOLANDA MARTINEZ SOSA	CAMPO MEXICANO 101, REYNOSA, A24P07ATLCOLO 02341, CDMX	50%	05/01/1968	MADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo? **N/A**

Importante: 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 que conozca o deba conocer en el momento de otorgar el consentimiento. 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 el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a ser veraz en el otorgamiento de este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

Manifiesto que conozco las condiciones de los 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 en las Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 018000011-900, 5130-28-00 ext. 1633 y 2828, en el correo electrónico unidad\_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia 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 normativa aplicable.

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o proyección 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 en 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 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. 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 en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de esta. 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 5130-2884.

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 proyección comercial.  Sí  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 este documento.

CIUDAD DE MÉXICO 13-JUL-23 MAURICIO ALEJANDRO AGUILAR CHACÓN  
 Lugar y fecha Nombre del Asegurado Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 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/C/CONUSEF-001030-01.

[REVERSO]

De vida

Aseguradora Patrimonial VIDA

Folio Consentimiento Individual Póliza: 12 1350 01

SEGURO DE VIDA

Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

CONTRATANTE: INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ASEGURADO: **AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO** CURP: **AOCM890331HSPCTR09**

R.F.C.: **AOCM890331** Fecha Nacimiento: **31/03/1989** Teléfono: **565234658**

Correo electrónico: **mau\_alo89@gmail.com**

Domicilio: Calle y No. **CAMPO MEXICANO N° EXT 198 N° INT 1** Col. o Pob. **OBRERA POPULAR**

Del. o Mpio. **MIGUEL HIDALGO** Estado **CIUDAD DE MÉXICO** C. p. **02271**

SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la caratula de la póliza y certificado correspondiente.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
PEDRO AGUILAR GIL	PADRE	50%
YOLANDA MARTINEZ SOSA	MADRE	50%

ADVERTENCIA: En el caso en que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores a efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del 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 pueden implicar que se nombra beneficiario al menor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. Expresamente otorgo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de designar a los beneficiarios que constan en la última designación que obre en su poder, y en el entendido de que Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. pagará la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro. Manifiesto que conozco las condiciones de los Particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda a legarse de información a través de otras fuentes o personas sonales, asimismo manifiesto mi voluntad de que la Aseguradora pueda a legarse de información a través de otras fuentes o personas sonales.

Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital.

CDMX 13/07/2023 AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO  
 Lugar y Fecha Sello de Recepción Nombre y Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 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 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0069-0405-2022.

Información importante: Quedarán protegidas por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pagador autorizado en su defecto del pagar, requiriendo ante otra persona, la cual firmará el presente consentimiento; para ser asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.

Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los nodos de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generadas para la cobertura amparada.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 06150, Ciudad de México, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas, o al teléfono 55-41-01-50. Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de este documento.

[REVERSO]

### ATENCIÓN

Deberás imprimir:



-Cada póliza, preferentemente a color, por ambos lados, en un total de 2 hojas tamaño carta, para proceder a firmarlas a mano



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

### “Pólizas de Seguros” (Firmas)



6. Por último, **firma** cada póliza en los espacios correspondientes, bajo las siguientes condiciones:

- Coloca tu **firma autógrafa (a mano)**, utilizando **tinta azul**, en el campo “**Firma del Asegurado**”, del reverso de la póliza de seguro accidentes.



- Coloca tu **firma autógrafa (a mano)**, utilizando **tinta azul**, en el campo “**Nombre y Firma del Asegurado**”, del reverso de la póliza de seguro de vida.
- (NO UTILICES EL ESPACIO CENTRAL DEL SELLO)



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 Atención Especializada en los siguientes números de teléfono: 01 8 0 0 0 11 - 9 0 0 5 1 3 0 - 2 8 - 0 0 e x t . 1 6 3 3 y 2 8 2 8 , e n e l c o r r e o e l e c t r ó n i c o u n i d a d \_ e s p e c i a l i z a d a @ l a t i n o s e g u r o s . c o m . m x o d i r e c t a m e n t e e n E j e C e n t r a l L á z a r o C á r d e n a s n u m e r o 2 P l a z o 8 C o l o n i a C e n t r o D e l e g a c i ó n C u a u h t é m o c , C i u d a d d e M é x i c o .

**Aviso de privacidad integral**

La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06607, 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.  Sí  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 este documento.

GRUPO PATRIMONIAL VIDA 13-Jul-23 MAURICIO ALEJANDRO AGUILAR CHACÓN  
Lugar y fecha Nombre del Asegurado Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 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.

De accidentes

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda a legarse de información a través de otras fuentes o personas.

Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital.

CDMX 13/07/2023 AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO  
Lugar y Fecha Sello de Recepción Nombre y Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 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 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0069-0405-2022.

Información importante:  
Quedarán protegidos por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo, cualquiera de ellas, la cual firmará el presente consentimiento; para ser asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.

Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los noticios de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales para la cobertura amparada.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Ansoátegui 77 Int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-61-01-9050, [www.apviva.mx](http://www.apviva.mx). Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, se solventarán gratuitamente.

De vida

**RECUERDA:**  
PRIMERO FIRMA  
las pólizas originales,  
Y DESPUES procede a  
**fotocopiar 1 juego** para la  
revisión y entrega

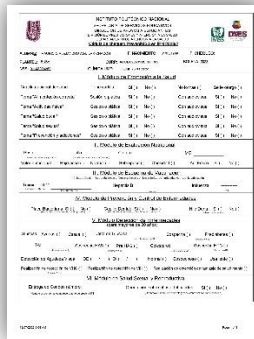
**¡Felicidades! En éste punto, haz concluido el registro e impresión de tu documentación en tema de salud, por lo que sólo tendrás pendiente la entrega.**

**EN RESUMEN:**

**El día de indicado dentro de tu curso de inducción, deberás acudir con 3 documentos impresos para el **EVENTO PREVENIMSS en IPN.****

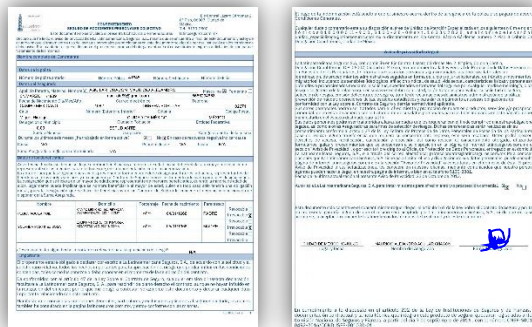


1. “Cédula de chequeo **PrevenIMSS en IPN**”

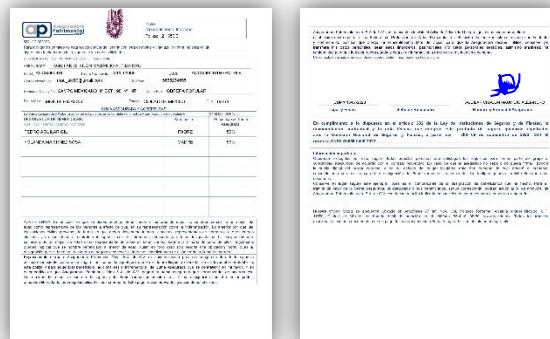


**-ÉSTA, SOLO EN ORIGINAL-**

2. Anverso y reverso de la póliza de seguro de accidentes (***La Latino – Seguros***)



3. Anverso y reverso de la póliza de seguro de vida (***Aseguradora Patrimonial Vida***)



**RECUERDA:**  
Éstos 3 documentos te serán revisados **POR EL PERSONAL MÉDICO** en el evento: **“PREVENIMSS en IPN”** -EN ORIGINAL Y COPIA-



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

### Preguntas frecuentes

1. No he tenido previamente Seguro Social en el IMSS y por lo tanto no tengo Número de Seguro Social (NSS) el cual se solicita para afiliarme; ¿Cómo puedo entonces cumplir con el trámite de Seguro Facultativo?

R: La misma plataforma de SISMI te dirige a la página de “*Gestión de asegurados*” en caso de desconocerlo o no tenerlo para que puedas generarlo en el momento. También puedes consultarlo a través de la siguiente liga:

 <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionasegurados-web-externo/asignacionnss>  El Numero de Seguridad Social (NSS) es un número de identificación personal con el que todos contamos para este tipo de trámites. Es importante señalar que el NSS no tiene nada que ver con haber sido o no derechohabiente del IMSS/ISSSTE/u otro en el pasado.

2. ¿Qué debo hacer si al registrarme y guardar mis datos en la página de SISMI me arroja algún error respecto a mi CURP o NSS?

R: Para corregirlo, deberás utilizar el botón “EDITAR” y volver a capturar correctamente cada dígito del CURP, del NSS y asimismo que tu nombre esté completo; de lo contrario si hay faltantes o errores en alguna letra, esta discrepancia será detectada por el formulario y arrojará un aviso de error.

3. ¿Qué debo hacer si aun habiendo utilizado el botón “EDITAR” la plataforma sigue arrojándome errores respecto a mi CURP o NSS?

R: Notifícalo al servicio médico de la ENBA a los correos: [msaquilar@ipn.mx](mailto:msaquilar@ipn.mx) y [echaconl@ipn.mx](mailto:echaconl@ipn.mx) agregando a dicho correo electrónico todos los datos que el formulario te solicita. Incluye una captura de pantalla completa.

4. ¿Qué pasa si recibo el seguro médico (IMSS/ISSSTE/u otro) por parte de mis padres o empleo y no es mi deseo afiliarme al seguro médico facultativo que me ofrece el IPN?

R: Deberás notificarlo al servicio médico de la ENBA mediante el formato correspondiente de “*Carta de no aceptación al seguro facultativo*” la cual obtendrás, del mismo modo realizando tu registro en el portal SISMI, y seleccionando la opción “**SI**” en la pregunta *¿Recibes servicios médicos por parte de otra Institución de salud pública y/o privada y deseas rechazar el seguro facultativo del IMSS que te otorga el IPN?*

**Instituto Politécnico Nacional**  
**Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía**

5. ¿Qué debo hacer si no deseo obtener el seguro de vida o contra accidentes que me ofrece el IPN?

R: Deberás notificarlo al servicio médico de la ENBA con el formato correspondiente de **“Carta de no aceptación al seguro de vida y accidentes para estudiantes seguro facultativo”**.

La obtendrás, solicitándola presencialmente en el Servicio Médico.

6. Si al momento de Consultar mi NSS me dice que mi correo ya está asociado a otro NSS o viceversa ¿Qué debo hacer?

R: Puedes realizar nuevamente la consulta de tu NSS usando una cuenta de correo distinto o acudir directamente a la Subdelegación del IMSS que corresponda según tu domicilio.

**IMPORTANTE:**

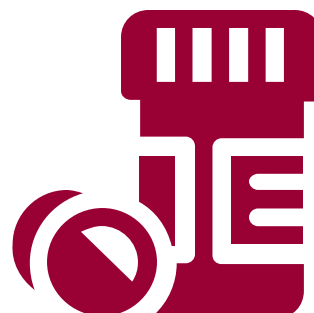
Esta información está dirigida a los alumnos de nuevo ingreso, sin distinción de la licenciatura o modalidad en la que te encuentres inscrito. Si eres alumno de segundo semestre o avanzado; te invitamos a consultar el documento:

**CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS EN EL PORTAL IMSS-DIGITAL**

**Clic  
Aquí!**

<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>

**Así como consultar la guía de  
“SEGUROS PARA LOS ALUMNOS EN REINSCRIPCIÓN”  
presente en la página oficial de la ENBA.**





**Instituto Politécnico Nacional**  
**“La Técnica al Servicio de la Patria”**



**ENBA**

Educar para preservar la  
memoria de la humanidad

**2025**