



Secretaría Académica
Dirección de Educación Media Superior
Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECyT 9)
"Juan de Dios Bátiz"

Asunto

Carta de Renuncia para la afiliación al seguro facultativo del IMSS.

90 Años de la Creación del Consejo Técnico de la Escuela Politécnica Nacional
90 Aniversario del CECyT 9 "Juan de Dios Bátiz"
50 Aniversario del CICS, Unidad Milpa Alta
25 Aniversario del CICS, Unidad Santo Tomás y del CICATA, Unidad Altamira
20 Aniversario de la Defensoría de los Derechos Politécnicos

Ciudad de México, a ____ de _____ de 2025

DRA. DORINA ORTEGA SÁNCHEZ

DIRECTORA DEL CECYT 9 JUAN DE DIOS BATIZ
PRESENTE

En atención al "Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998; así como el **ACDO.SA1.HCT.281015/246.P.DIR** y su anexo único relativo a las Reglas a que se sujetará la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

En referencia a la incorporación del seguro de mérito, la cual asume como requisito que las personas que cursen estudios de los tipos medio superior, superior o posgrado en instituciones educativas y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social contarán con la prestación del seguro facultativo que otorga el IMSS.

Atendiendo la normatividad antes mencionada, Yo. _____
con número de boleta _____ me permito renunciar a la prestación del seguro facultativo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por conducto del Instituto Politécnico Nacional (IPN), toda vez que, actualmente mi seguro médico se encuentra cubierto por _____
correspondiéndome el Número de Seguridad Social (NSS) _____ por parte de
mi _____.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Nombre del estudiante: _____

Boleta: _____

Nombre y firma del tutor: _____



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Mar Mediterráneo no. 227, Col. Popotla, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11400, Ciudad de México.
Tel: 57296000 Ext. 63825 www.cecyl9.ipn.mx