CARTA RESPONSIVA DE RENUNCIA AL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS

Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 31.

"Leona Vicario"

Ciudad de México, a _____de _____del 2026.

Yo, _____padre de familia y/o tutor del alumno: _____de la carrera de _____, inscrito (a) en el grado_____ grupo ___ con Número de Control_____ , del turno_____. **RENUNCIO AL SEGURO FACULTATIVO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, al cual se tiene derecho por ser estudiante de esta institución de acuerdo al Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998 y al Acuerdo de Consejo Técnico ACDO SA1 HCT 281015/246 P DIR publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

Se me ha notificado que la incorporación y la vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita en trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas, movilidad estudiantil, así como también la existencia de periodos para dicho trámite y que no existen trámites extemporáneos ni urgentes. Manifiesto que, soy consciente de los riesgos que puede implicar el no contar con el servicio médico que ofrece el IMSS, en caso de una enfermedad o accidente, razón por la cual, **deslindo de toda responsabilidad al Centro de Estudios Industrial y de Servicios No. 31**, así como a cualquiera de sus representantes legales ante cualquier accidente o situación adversa que pudiera suceder durante su estancia como estudiante de esta institución.

Así mismo, confirmo, bajo protesta de decir verdad que recibí por parte del plantel la información y requisitos para la realización de dicho trámite.

De igual manera informo que la institución que me ofrece los servicios de salud y/o médicos es:

IMSS ( ), ISSSTE ( ), SERVICIO MÉDICO MILITAR ( ), SERVICIO MÉDICO NAVAL ( ), OTRO _____ y estoy afiliado bajo el régimen como: TRABAJADOR/A ( ), HIJO/A DE TRABAJADOR ( ), CÓNYUGE ( ), CONCUBINATO ( ), PENSIONADO/A ( ), JUBILADO/A ( ), OTRO _____

en la cual el Número de registro (NSS) es _____. Anexo la copia de mi INE y Constancia de Vigencia de Derechos de mi Servicio Médico.

ATENTAMENTE

PROTESTO LO NECESARIO

_____ Nombre y Firma del Estudiante

_____ Nombre y Firma del padre o tutor

Favor de proporcionar número telefónico y anexar copia INE.

2026 año de Margarita Maza