



SEMANA DE INDUCCIÓN: ALUMNOS DE NUEVO INGRESO

Del 31 de agosto al 4 de septiembre de 2026

Revisa el día y hora en el que deberás presentarte en base a tu

TURNO Y GRUPO ASIGNADO.

TURNO MATUTINO

HORA	LUNES 31-agosto ALUMNOS	MARTES 1-sep. ALUMNOS	MIÉRCOLES 2-sep. ALUMNOS	RESPONSABLE	LUGAR
7:00-9:00 hrs	1IM01 1IM02	1IM09 1IM10	1IM01 1IM02	Mtra. Laura León	Auditorio
9:00-11:00 hrs	1IM03 1IM04	1IM11 1IM12	1IM03 1IM04	Psic. Rosario Vallejo	Auditorio
11:00-13:00 hrs	1IM05 1IM06	1IM05 1IM06	1IM09 1IM10	Mtra. Dolores Joaquin	Auditorio
13:00-15:00 hrs	1IM07 1IM08	1IM07 1IM08	1IM11 1IM12	Psic. Elizabeth Martínez	Auditorio

HORA	LUNES 31-agosto ALUMNOS	MARTES 1-sep. ALUMNOS	RESPONSABLE	LUGAR
8:00-10:00 hrs	1IM13	1IM13	Lic. Elisa Santillán	Sala de Biblioteca

Además, se presentará tu Tutor (papá o mamá) en el día y hora asignado en base a tu GRUPO ASIGNADO.

PLATICA PARA PADRES DE FAMILIA:

HORA	JUEVES 3-sep. PAPAS	VIERNES 4-sep. PAPAS	RESPONSABLE	LUGAR
7:00 -8:00 hrs	1IM01	1IM08	Psic. Elizabeth Martínez	Auditorio
8:00-9:00 hrs	1IM02	1IM09	Mtra. Dolores Joaquin	Auditorio
9:00-10:00 hrs	1IM03	1IM10	Ing. Cinthya Alvarado	Auditorio
10:00-11:00 hrs	1IM04	1IM11	Psic. Rosario Vallejo	Auditorio
11:00-12:00 hrs	1IM05	1IM12	Mtra. Dolores Joaquin	Auditorio
12:00-13:00 hrs	1IM06	1IM13	Mtra. Dolores Joaquin	Auditorio
13:00-14:00 hrs	1IM07	-----	Psic. Elizabeth Martínez	Auditorio



SEMANA DE INDUCCIÓN: ALUMNOS DE NUEVO INGRESO

Revisa el día y hora en el que deberás presentarte en base a tu

TURNO Y GRUPO ASIGNADO.

TURNO VESPERTINO

HORA	LUNES 31-agosto-26 ALUMNOS	MARTES 1-sep.-26 ALUMNOS	MIÉRCOLES 2-sep.-26 ALUMNOS	RESPONSABLE	LUGAR
15:00-16:30 hrs	1IV01 1IV02	1IV09 1IV10	1IV01 1IV02	Tutores de Grupo	Auditorio
16:30-18:00 hrs	1IV03 1IV04	1IV11 1IV12	1IV03 1IV04	Tutores de Grupo	Auditorio
18:00-19:30 hrs	1IV05 1IV06	1IV05 1IV06	1IV09 1IV10	Tutores de Grupo	Auditorio

HORA	LUNES 31-agosto ALUMNOS	MARTES 1-sep. ALUMNOS	MIÉRCOLES 2-sep. ALUMNOS	RESPONSABLE	LUGAR
15:00-16:30 hrs	1IV07	1IV07	1IV11	Tutores de Grupo	Sala de Biblioteca
16:30-18:00 hrs	1IV08	1IV08	1IV12	Tutores de Grupo	Sala de Biblioteca
18:00-19:30 hrs	1IV13	1IV13	-----	Tutores de Grupo	Sala de Biblioteca

Además, se presentará tu Tutor (papá o mamá) en el día asignado en base a tu GRUPO ASIGNADO.

PLATICA PARA PADRES DE FAMILIA:

HORA	JUEVES 3-sep.-26	VIERNES 4-sep.-26	RESPONSABLE	LUGAR
15:00-16:00 hrs	1IV01 1IV02	1IV09 1IV10	Tutores de Grupo	Auditorio
16:00 -17:00 hrs	1IV03 1IV04	1IV11 1IV12	Tutores de Grupo	Auditorio
17:00-18:00 hrs	1IV05 1IV06	1IV13	Tutores de Grupo	Auditorio
18:00-19:00 hrs	1IV07 1IV08	-----	Tutores de Grupo	Auditorio

Además, deberás traer los sig. formatos impresos y respondidos en todos sus campos solicitados y firmado por tu tutor (papá o mamá), en el que se solicite. **DEBERA SER LLENADO A MANO CON TINTA AZUL.**

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

CARTA DE CONOCIMIENTO Y CORRESPONSABILIDAD

Semana de Inducción para Alumnos de Nuevo Ingreso

Ciclo Escolar: 27/1

Lugar y fecha: _____

Quien suscribe, _____, en mi carácter de padre, madre y/o tutor(a) del alumno(a):

Nombre del alumno(a): _____

Boleta: _____

Unidad Académica: _____

Manifiesto que durante la Semana de Inducción del Instituto Politécnico Nacional recibí información relacionada con los derechos y obligaciones de las y los estudiantes, la organización académica, la normatividad institucional y las situaciones extraordinarias que pudieran afectar el desarrollo normal de las actividades escolares.

Así mismo, declaro que fui informado(a) que, en caso de presentarse un cierre de instalaciones, suspensión de actividades académicas, paro u otra circunstancia extraordinaria que impida el desarrollo normal de las funciones de la Unidad Académica, puede ser sujeto de obstaculizar la trayectoria académica del alumno o alumna y generarse, entre otras, las siguientes consecuencias:

- Modificación al calendario escolar autorizado por las instancias competentes del IPN, en caso de rebasar tiempos académico-administrativos
- Reprogramación de clases, evaluaciones, prácticas de laboratorio y actividades académicas.
- Modificación de fechas para trámites escolares y procesos administrativos.
- Implementación de estrategias académicas para la recuperación de actividades conforme a las disposiciones Institucionales.
- Emisión de acuerdos y comunicados oficiales por parte de las autoridades del Instituto Politécnico Nacional y de la Unidad Académica.

En virtud de lo anterior, me comprometo a:

1. Mantenerme informado(a) exclusivamente a través de los medios oficiales del Instituto Politécnico Nacional y de la Unidad Académica.
2. Apoyar a mi hija(o) o tutorado(a) para dar continuidad a sus actividades académicas y cumplir con las disposiciones que, en su momento, emitan las autoridades Institucionales.
3. Fomentar el respeto a la normatividad institucional, al diálogo y a la solución pacífica de las diferencias dentro de la comunidad politécnica.
4. Vigilar junto con la Unidad Académica favorecer la permanencia, el bienestar y el aprovechamiento escolar del estudiante durante cualquier situación extraordinaria.

5. Apegarnos a las decisiones académicas y administrativas derivadas de contingencias Institucionales que sean determinadas por las autoridades competentes del IPN, conforme a la normatividad aplicable.

La presente carta tiene como finalidad dejar constancia de que recibí la información correspondiente durante la Semana de Inducción y que conozco la importancia de la comunicación y la corresponsabilidad entre la familia y el IPN para apoyar la trayectoria académica del alumno o alumna.

La firma de este documento no implica la renuncia a derecho alguno por parte del alumno o alumna, o de quien suscribe, ni sustituye las determinaciones que forman parte de las normas que rigen a la Institución, conforme a la legislación y normatividad aplicables que emitan las autoridades competentes del Instituto Politécnico Nacional.

Padre, madre o tutor(a)

Alumno(a)

Nombre:

Nombre:

Firma:

Teléfono de padre o tutor: _____

Correo electrónico de padre o tutor: _____



**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 POLITECNICO NACIONAL

ASEGURADO:

R.F.C. _____ Fecha Nacimiento _____ CURP _____

Correo electrónico: _____ Teléfono _____

Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pob _____

Del. o Mpio. _____ Estado _____ C. p. _____

SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

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

\$100,000.00 Básica

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Apellidos Paterno/Materno/ Nombres

Parentesco

Porcentaje de Suma
Asegurada

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 nombre beneficiario al menor de edad, quien en todo caso solo 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 aquel(los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquel(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada que se contrate(n) en mi favor. 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, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

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 los 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 allegarse 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.

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 pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo 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 módulos 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 Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-41-61-95-50. www.apvida.mx. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.



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.

Nombre completo del Contratante _____

Datos de la póliza

Número de póliza anterior _____ Número Póliza _____ Número Certificado _____ Número de Filial _____

Datos del Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____ Masculino ☐ Femenino ☐

Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año _____ Correo electrónico _____ Teléfono _____

Calle _____ Número (Exterior e Interior) _____ Colonia _____ Código Postal _____

Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Sueldo Mensual _____ Ocupación _____ Categoría dentro de la misma

Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si ☐ No ☐ En caso de respuesta negativa indicar causa

Causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____

Suma Asegurada o regla para determinarla: _____

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 ☐
					Irrevocable ☐
					Revocable ☐
					Irrevocable ☐
					Revocable ☐
					Irrevocable ☐

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?

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 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.

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 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, 8º 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 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 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.

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.