

SE EXTIENDEN FECHAS PARA
INSCRIPCIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTOS
PARA PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN DE
NIVEL MEDIO SUPERIOR
Y NIVEL SUPERIOR

LOS DOCUMENTOS SE ENTREGARÁN EN LA ESCUELA LOS DÍAS
13 al 16 DE ENERO 2025
DE 11:00 a 14:30 HORAS
ENTRADA POR PUERTA 1

Si aún no han hecho su pre – registro en la página <https://upis.cecyt13.mx> deberán hacerlo antes de presentarse a la entrega de documentos.

Documentos para NIVEL MEDIO SUPERIOR

- A. Hoja de pre - registro que se obtiene descargándola de la plataforma <https://upis.cecyt13.mx>; debe estar firmada por padre, madre o tutor del aspirante y por el mismo aspirante.
- B. Clave única de registro de población (CURP).
- C. Comprobante de estudios (Boleta, credencial, constancia, tira de materias, etc.)
- D. Carta compromiso de Servicios educativos complementarios DEMS (viene más abajo en este documento)
- E. Formato de carta de autorización de padres o tutor (viene más abajo en este documento)
- F. Formato lleno y firmado de Servicio Médico (viene más abajo en este documento)
- G. Certificado Médico de cualquier institución pública o privada
- H. Comprobante de pago en original y 2 copias con el nombre completo del aspirante, número telefónico en la parte posterior.

COSTO: \$3,350.00

una sola exhibición

NO SE ACEPTAN TRANSFERENCIAS

PAGO EN PRACTICAJA DE BBVA (SOLO EFECTIVO, NO CON TARJETA)

CUENTA PARA PAGO

ESCANEAR EL SIGUIENTE CÓDIGO



Documentos para **NIVEL SUPERIOR**

- A. Hoja de pre - registro que se obtiene descargándola de la plataforma <https://upis.cecyt13.mx>; debe estar firmada por padre, madre o tutor del aspirante y por el mismo aspirante.
- B. Clave única de registro de población (CURP).
- C. Comprobante de estudios (Boleta, credencial, constancia, tira de materias, etc.)
- D. En caso de ser menor de edad formato de carta de autorización de padres o tutor (viene más abajo en este documento)
- E. Formato lleno y firmado de Servicio Médico (viene más abajo en este documento)
- F. Certificado Médico de cualquier institución pública o privada
- G. Comprobante de pago en original y 2 copias con el nombre completo del aspirante, número telefónico en la parte posterior.

COSTO: \$3,459.00

una sola exhibición

NO SE ACEPTAN TRANSFERENCIAS

PAGO EN PRACTICAJA DE BBVA (SOLO EFECTIVO, NO CON TARJETA)

CUENTA PARA PAGO

ESCANEAR EL SIGUIENTE CÓDIGO



Mayores informes o dudas al correo electrónico:

cecyt13cursosdepreparacion@gmail.com o al

Tel.:55 5729 6000 EXT. 72365

REGRESO DEL PERIODO VACACIONAL 6 DE ENERO 2025

**DOCUMENTOS PARA DESCARGAR
MÁS ABAJO**

ANEXOS

**CARTA COMPROMISO
SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS PARA EL
INGRESO AL NIVEL MEDIO SUPERIOR 2025**

Ciudad de México a 2 de diciembre de 2024.

Yo: _____ como alumna(o), en los Servicios Educativos Complementarios para el Ingreso al Nivel Medio Superior 2025 (modalidad virtual o presencial), en el CECyT No. _____, me comprometo a cumplir con los requisitos y lineamientos que establece la normatividad del IPN, así como con los lineamientos internos de la Unidad Académica en materia de disciplina y estudio, acatando los protocolos sanitarios establecidos para salvar guardar mi integridad y la de las personas a mi alrededor.

El que suscribe C. _____ padre o tutor de _____ con documento de identidad (Clave de Elector en el frente de IFE/INE) _____ me doy por enterado que durante los **SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS PARA EL INGRESO AL NIVEL MEDIO SUPERIOR 2025**, comprendido en el período de **enero a junio de 2025**, me comprometo a supervisar el desarrollo académico de mi hija(o), el cual ingresará a las clases correspondientes, **comprometiéndose a estudiar, realizar tareas, entregar en tiempo y forma sus actividades programadas, presentarse a todos los exámenes en línea y/o presencial** y sobre todo a asistir puntual y regularmente al presente curso, comprometiéndose a enviar al correo _____ copia de cualquier documentación e información relacionada con este curso, cuando sea requerido por la coordinación administrativa de la Unidad Académica; así mismo estoy enterado que la modalidad del curso podrá tener modificaciones en caso de que el semáforo sanitario cambie y por indicaciones de las autoridades, las sesiones deberán ser en modalidad virtual.

El **alumno** declara estar consciente de que, los resultados obtenidos en su examen de admisión, serán **RESPONSABILIDAD ÚNICA Y EXCLUSIVA DE ÉL.**

ATENTAMENTE

Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma de Conformidad del Padre o Tutor



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 13
“RICARDO FLORES MAGÓN”



CARTA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTOR

Ciudad de México a _____ de _____ del 2024.

Por medio de la presente hago saber que las personas autorizadas para recoger al estudiante de la Unidad Académica en caso de enfermedad o situación extraordinaria son las que a continuación se enlistan:

Nombre del estudiante: _____

Grupo: _____

PERSONA 1:

Nombre:

Parentesco: _____

No. De INE: _____ Teléfono fijo:

Celular: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Se anexa copia simple de INE

PERSONA 2:

Nombre:

Parentesco: _____

No. De INE: _____

Teléfono fijo: _____

Celular: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Se anexa copia simple de INE

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PADRES

PADRE

MADRE

SI SOLO FIRMA UNO DE LOS PADRES, INDICAR LA RAZÓN, Y EN SU CASO, MANIFESTAR BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE CUENTA CON LA APROBACIÓN DEL PADRE QUE NO FIRMA EN EL SIGUIENTE ESPACIO:

Por ejemplo: Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que existe la aprobación del padre, para emitir la presente autorización, sin embargo no le fue posible, por cuestiones laborales, plasmar su consentimiento.

EN SU CASO, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN EJERZA LA PATRIA POTESTAD, EN AUSENCIA DE LOS PADRES.

EN SU CASO, NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR, CONFORME A LA LEGISLACIÓN CIVIL DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE TENGA SU DOMICILIO

**** Adjuntar identificación oficial de los padres o tutor.**

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica en cuanto a la forma de atender alguna situación de emergencia por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento de las consecuencias establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente.

Los datos personales recabados son confidenciales y serán protegidos, incorporados y tratados sólo por el personal médico del CECyT 13.



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS N° 13

“RICARDO FLORES MAGÓN”

SERVICIO MÉDICO

Nombre del alumno (a): _____ Edad: _____

Turno: _____ Grupo: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Teléfonos en caso de emergencia: casa ___ celular (es): _____ y/o _____

¿El alumno (a) padece alguna alergia? SI () NO () Especifique cual (es):

Favor de mencionar si el alumno (a) padece alguna enfermedad (es): SI () NO () Especifique cual (es):

¿El alumno (a) se encuentra actualmente bajo algún tratamiento? SI () NO ()

Especifique cual (es)

medicamentos, dosis y duración del tratamiento:

¿En qué institución de salud es atendido? Especifique cual (es):

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica en cuanto a la forma de atender alguna situación de emergencia por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento de las consecuencias establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente.

*NOTA: Entregar junto con certificado médico del estudiante

Los datos personales recabados son confidenciales y serán protegidos, incorporados y tratados sólo por el personal médico del CECyT 13. Página 8 de 8