

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD  
“DR. JUAN GRAHAM CASASÚS”  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN**

**Requisitos para otorgar Becas para capacitación  
1-30 Días**

**I n t e r n a c i o n a l**

1. Oficio de solicitud dirigido al Director General del Hospital, justificando la asistencia al Curso, Congreso, Jornada, etc., y especificar los beneficios a la Institución, así como la información del evento, cual, donde, cuando (incluyendo horario) y en que consiste la Beca que solicita.
2. Formato de Solicitud de Beca.
3. Programa o Tríptico del Curso, Jornada, Congreso, etc.
4. Entregar los documentos con 60 (sesenta) días calendario (mínimo) antes de la fecha del Curso, Congreso, Jornada, etc., para que el Director General del Hospital, en caso de aprobarlo, lo proponga al Director de Calidad y Enseñanza de la Secretaría de Salud.

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD  
“DR. JUAN GRAHAM CASASUS”  
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN**

**FORMATO DE SOLICITUD DE BECA MENOR A 30 DIAS  
INTERNACIONAL**

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR:  |  |
| TURNO LABORAL:   |  |
| LUGAR DE ADSCRIPCION EN EL HOSPITAL:   |  |
| NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR:  |  |
| CATEGORIA LABORAL:   |  |
| PERSONAL DE:<br>BASE ( )      CONFIANZA ( )      ESTATAL ( )      FEDERAL ( )  |  |
| FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:  |  |
| DOMICILIO Y TELEFONO:  |  |
| POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO:   |  |
| BECA EN SU VARIEDAD DE:<br>COMISION OFICIAL CON GOCE DE SUELDO                   (    )<br>COMISION OFICIAL SIN GOCE DE SUELDO                   (    )<br>JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO                               (    ) ESPECIFICAR: |  |
| A FIN DE ASISTIR AL:   |  |
| DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL :   |  |
| POR LO QUE ADJUNTO LA DOCUMENTACION SOLICITADA:<br>1.- COPIA DEL TRIPTICO O PROGRAMA DEL CURSO, JORNADA, CONGRESO, ETC....,<br>2.- OFICIO DE JUSTIFICACION DIRIGIDA AL DIRECTOR GRAL. ESPECIFICANDO EL POR QUE DESEA ASISTIR AL CURSO.   |  |

c.c.p. AL INTERESADO

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO  
NOMBRE Y CARGO

FIRMA DEL SUBDIRECTOR  
NOMBRE Y CARGO