

**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
DEPARTAMENTO DE CAPACITACION**

REQUISITOS PARA OTORGAMIENTO DE BECA

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

- 1.- Solicitud de beca avalada por las autoridades correspondientes (original). *
- 2.- Una fotografía tamaño infantil (con nombre al reverso).
- 3.- Constancia de trabajo emitida por la unidad administrativa, especificando el área de labores y donde conste que es trabajador de base con 2 años mínimos de antigüedad para estudios en territorio nacional y tres en el extranjero (original). *
- 4.- Copia del último talón de pago.
- 5.- Carta compromiso (original). *
- 6.- Carta de justificación (donde mencione el porqué desea estudiar y qué beneficios obtendrá la Secretaría de Salud. original).
- 7.- Certificado médico (de institución oficial).

DOCUMENTOS ACADÉMICOS

- 8.-Constancia de Aceptación de la Institución donde estudiará. *
- 9.-Constancia de aprobación del Examen Nacional (Residencias Médicas).
- 10.-Constancia de último grado académico o título y cédula profesional.
- 11.-Programa académico de estudios.
- 12.-Curriculum Vitae.

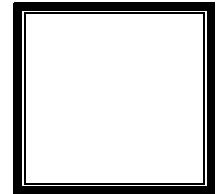
REQUISITOS PARA PRORROGA DE BECA

- 1.- Solicitud de prórroga suscrita por el interesado.
- 2.- Constancia de aceptación.
- 3.- En caso de tener beca con comisión oficial anexar copia del último talón de pago.

Dirigido al Departamento de Capacitación.



**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD**



**DEPARTAMENTO DE CAPACITACION
SOLICITUD DE BECA**

No. _____	FECHA _____
-----------	-------------

PROPUESTO POR: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)			
R.F.C.		NACIONALIDAD		SEXO			
DOMICILIO: CALLE		NO. EXTERIOR E INTERIOR		COLONIA		DELEGACION	
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO	

DATOS LABORALES

ADSCRIPCION							
CENTRO DE TRABAJO							
DOMICILIO: CALLE		No.		COLONIA		DELEGACION	
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO	
PUESTO				CLAVE CATEGORIA			
HORARIO DE TRABAJO				SUELDO MENSUAL			
FUNCIONES QUE USTED DESEMPEÑA: _____							
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO				ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA DE BASE			

DATOS ESCOLARES

PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
PREPARATORIA	<input type="checkbox"/>	VOCACIONAL	<input type="checkbox"/>	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	POSGRADO	<input type="checkbox"/>

TIPO DE BECA SOLICITADA

I. BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO	<input type="checkbox"/>
II. BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTE	<input type="checkbox"/>
III. BECA PARA ESPECIALIDADES	<input type="checkbox"/>
IV. BECA PARA POSGRADO EN EL AREA DE LA SALUD	<input type="checkbox"/>
V. BECA PARA CURSOS POSTECNICOS	<input type="checkbox"/>
VI. OTRAS	<input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN SOLICITADA

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	COMISION OFICIAL	<input type="checkbox"/>	LICENCIA CON GOCE DE SUELDO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

DATOS DEL CURSO SOLICITADO

NOMBRE DEL EVENTO: _____				
INSTITUCIÓN DONDE REALIZARA LOS ESTUDIOS: _____				
SEDE _____				
	DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	PAIS
	HORARIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO (A) _____		FECHA _____
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO _____		PUESTO _____
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE ADSCRIPCION _____		

COMISION CENTRAL MIXTA DE CAPACITACION O COMISION AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACION NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES.	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

**Requisitos para otorgar Becas para capacitación
31-180 Días**

1. Oficio de solicitud dirigido a la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación, del Hospital, Informando:
 - Turno Laboral
 - Lugar de Adscripción
 - Nombre del Jefe Inmediato Superior
 - Categoría Laboral
 - Plaza de Base, Estatal o Federal
 - Fecha de Ingreso al Hospital
 - Beca que solicita, especificando días y horario
 - Curso, Congreso, Jornada, Diplomado, etc., que solicita, especifique nombre del Evento, Sede, fechas con días y horario.

2. Programa, Tríptico, Convocatoria, etc., que especifique nombre del Evento, Lugar, Fecha (Mes, Días, Horario), Institución que organiza, etc.

3. Entregar los documentos 15 días hábiles antes de la fecha de la Sesión de la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación Estatal o Federal (en su caso).

4. Lo acordado por la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación Federal o Estatal emitirá un dictamen y se notificará al solicitante por Oficio y en caso de ser autorizada la Beca entregará formato de solicitud y hoja de requisitos de Documentos, para ser recibidos en un término de dos días hábiles.