

| <b>SOLICITUD DE BECA</b>                           |   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
|--|---|------------------|----------|-----------------------------|----------------------------|----------------|---------|------------------|--|--|
| (Aplica para becas CONACYT-IMSS y SEP-IMSS)        |   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
|  |   |                  |          |                             | <b>Número de Solicitud</b> |                |         |                  |  |  |
| Asignado por la Coordinación de Educación en Salud |   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| Tipo de Beca                                       | CONACYT   |                  | Posgrado |                             |                            | Corta estancia |         |                  |  |  |
|  | SEP   | Inglés           |          | Cap. Grupo                  |                            | Cap. Indiv.    |         | Rotación externa |  |  |
| <b>Nombre del solicitante:</b><br>en mayúsculas    |   | Primer apellido, |          |                             | segundo apellido           |                | nombres |                  |  |  |
| <b>Sexo</b>  |   |                  |          | <b>Tipo de Contratación</b> |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Matrícula</b>                                   |   |                  |          | <b>Adscripción</b>          |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Delegación IMSS</b>                             |   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Categoría</b>                                   | La consignada en el último tarjetón de pago   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>CURP</b>  |   |                  |          |                             | <b>RFC</b>                 |                |         |                  |  |  |
| <b>Fecha de caducidad del pasaporte</b>            |   |                  |          |                             |                            | Día (2)        | Mes (2) | Año (4)          |  |  |
| <b>Antigüedad</b>                                  | Años  | Quincena         | Días     | <b>Fecha de nacimiento</b>  |                            | Año (4)        | Mes (2) | Día (2)          |  |  |
|  |   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Especialidad</b>                                | Nombre de su profesión y especialidad (Médico Internista / Enfermera Especialista en Pediatría) |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Estado Civil (marque)</b>                       | Soltero(a)  | Casado(a)        | Viudo(a) | Divorciado(a)               | Unión Libre                | Separado       |         |                  |  |  |
| <b>Teléfonos</b>                                   | <b>Oficina</b>  |                  |          |                             |                            | <b>Celular</b> |         |                  |  |  |
|  | 10 dígitos  |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Correo electrónico</b>                          | <b>Institucional</b>  |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
|  | <b>Personal o alternativo</b>   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
| <b>Contacto en caso necesario</b>                  | <b>Nombre</b>   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |
|  | <b>Parentesco</b>   |                  |          |                             |                            | <b>Tel.</b>    |         |                  |  |  |
|  | <b>Correo electrónico</b>   |                  |          |                             |                            |                |         |                  |  |  |

|   |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
|---|--|---|-----|---------------------------------------|--|--------------------------|-----|-----|
| <b>Aplicación de la Beca</b>  |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
|   |  | Nombre del programa a desarrollar (Posgrado, capacitación, Corta estancia o rotación externa) |     |                                       |  |                          |     |     |
| <b>Institución de aplicación</b>  |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
| <b>Nombre</b>   |  | Nombre de la institución educativa, de salud u otra en la que se realizará la aplicación      |     |                                       |  |                          |     |     |
| <b>Ubicación</b>  |  | País, estado y/o localidad  |     |                                       |  |                          |     |     |
| <b>Fechas</b>   |  | <b>Inicio</b>   |     |                                       |  | <b>Termino</b>           |     |     |
|   |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
|   |  | Día   | Mes | Año                                   |  | Día                      | Mes | Año |
| <b>Documentación que acompaña la solicitud</b><br>(Marque atendiendo a la convocatoria respectiva)        |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
| • Carta de intención  |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Constancia actividades docentes     |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Programa de estudios  |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Nombramiento Profesor Universitario |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Descripción de costos   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Constancia de grado (MR)            |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Carta de aceptación   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Inscripción al grado que cursa (MR) |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Curriculum vitae  |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia credencial elector            |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • 3 Cartas de recomendación   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia CURP                          |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Certificado de idioma   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia pasaporte vigente             |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Copia tarjetón de pago  |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia acta de nacimiento            |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Copia identificación IMSS   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia acta de matrimonio            |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Copia título último grado   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia acta nacimiento dependiente   |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| • Certificado promedio ultimo grado   |  | <input type="checkbox"/>  |     | • Copia comprobante domicilio         |  | <input type="checkbox"/> |     |     |
| <b>Nombre y firma del solicitante</b>   |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table> |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |
|   |  |   |     |                                       |  |                          |     |     |