



**Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación**

**SOLICITUD OFICIAL  
BECA MAYOR A 6 MESES**

FOTO

No.	FECHA DE RECEPCIÓN			
		DÍA	MES	AÑO

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
R.F.C.		NACIONALIDAD		SEXO	
DOMICILIO					
CALLE	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	COLONIA	DELEGACIÓN	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS LABORALES**

ADSCRIPCIÓN (HOSPITAL, JURISDICCIÓN O DIRECCIÓN)					
CENTRO DE SALUD O ÁREA DE TRABAJO					
DOMICILIO	CALLE		No. EXT. / INT.	COLONIA	DELEGACIÓN
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	
	CÓDIGO	TIPO DE PLAZA (BASE, HOMOLOGADO, ETC)		DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	
HORARIO DE TRABAJO (ENTRADA, SALIDA, DÍAS EN QUE LABORA)			SUELDO MENSUAL		
FUNCIONES QUE DESEMPEÑA					
ANTIGÜEDAD DEL PUESTO			ANTIGÜEDAD EN LA PLAZA BASE		

**NIVEL DE ESTUDIOS**

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"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>

**BECA SOLICITADA**

JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	COMISIÓN OFICIAL <input type="checkbox"/>	LICENCIA SIN GOSE DE SUELDO <input type="checkbox"/>
(SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE SOLO UNA PARTE DE TU JORNADA LABORAL)	(SI EL EVENTO DE CAPACITACIÓN COMPRENDE TODA TU JORNADA LABORAL)	(SOLO PARA ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA)





**Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación**

**TIPO DE BECA SOLICITADA**

I. BECA PARA INTERNADO DE PREGRADO <input type="checkbox"/>	II. BECA PARA MAESTRÍA <input type="checkbox"/>
III. BECA PARA SERVICIO SOCIAL DE PASANTES <input type="checkbox"/>	IV. BECA PARA CURSOS POSTECNICOS <input type="checkbox"/>
V. BECA PARA ESPECIALIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/>	VI. OTROS <input type="checkbox"/>

**DATOS DEL CURSO SOLICITADO**

NOMBRE DEL EVENTO:			
INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LOS ESTUDIOS			
SEDE	DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO y PAÍS		
DÍA (S)	HORARIO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

**RÚBRICAS**

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO	NOMBRE, FIRMA Y FECHA DEL SECRETARIO TÉCNICO <i>Vo.Bo. en la Recepción de la Documentación Completa</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO <i>Vo.Bo.</i>	PUESTO

**COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN**

**NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES QUE AUTORIZAN (Firmar en pleno de la sesión)**

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

**COMISIÓN CENTRAL MIXTA DE CAPACITACIÓN**

**NOMBRE Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES QUE AUTORIZAN (Firmar en pleno de la sesión)**

NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA





SERVICIOS  
DE SALUD



**Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación**

