SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN

CARTA COMPROMISO

LA/EL C. _____ EN ADELANTE **"LA /EL BECARIA/O"**

TRABAJADORA/OR SINDICALIZADA/O QUE LABORA EN LOS SERVCIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA, OTORGA ANTE LA COMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN, LA PRESENTE CARTA COMPROMISO AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

1 . LA/EL C. _____ DECLARA:

1.1 QUE ES TRABAJADORA/OR SINDICALIZADA/O DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA Y QUE ACTUALMENTE

SE ENCUENTRA LABORANDO EN _____
Nombre de la Unidad donde labora

QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN SANITARIA: _____
Nombre de la Jurisdicción

1.2 QUE EN VIRTUD DE HABER CUBIERTO LOS REQUISITOS CONFORME A LO ESTIPULADO, ES OTORGADA LA AUTORIZACIÓN DE BECA PARA EL EVENTO DE CAPACITACIÓN DENOMINADO:

_____
Nombre del Evento de Capacitación

POR UN PERIODO COMPRENDIDO
DEL _____ AL _____
Fecha de Inicio Fecha de Término

EXPUESTO LO ANTERIOR **"LA/EL BECARIA/O"** SUJETA SU COMPROMISO A LA FORMA Y TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

Primera. "LA/EL BECARIA/O" SE COMPROMETE A CUMPLIR ESTRICTAMENTE CON LAS DISPOSICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN:

I. La / el becaria/o se obliga a recoger el oficio de contestación a su solicitud de beca, en la Comisión Mixta de Capacitación correspondiente, durante el periodo establecido en la notificación que se le emita.

II. Entregar en la Comisión Mixta de Capacitación correspondiente, la documentación que se le requiera, en los tiempos establecidos, para la comprobación de que subsisten los motivos por los cuales se le otorgó la autorización de beca y que permiten conservarla.

III. Realizar el trámite administrativo en la Comisión Mixta de Capacitación correspondiente, para la gestión de prórroga de beca, cancelación, extensión, etc. entregando la documentación que se le requiera, en los tiempos establecidos.

IV. Al concluir el evento de capacitación por el cual se le otorgó la autorización de beca, o bien, el periodo otorgado, entregará a la Comisión Mixta de Capacitación correspondiente, el documento que se le requiera para avalar la acreditación del evento de capacitación.

V. Una vez concluido el otorgamiento de beca, prestará sus servicios laborales a los Servicios de Salud del Estado de Puebla, por el tiempo equivalente al periodo autorizado.

VI. Difundirá en su ámbito laboral, los conocimientos adquiridos del evento de capacitación por el cual se le otorgó la autorización de beca.

VII. En caso de incumplimiento de cualquiera de las cláusulas antes mencionadas, los Servicios de Salud del Estado de Puebla con apoyo de las disposiciones aplicables, procederá al fincamiento de responsabilidades que competa.

Segunda. UNA VEZ CONCLUIDO EL PERIODO AUTORIZADO DE BECA**, "LA/EL BECARIA/O"** SE OBLIGA A REANUDAR LABORES EN SU PUESTO, JORNADA Y UNIDAD QUE TENÍA ASIGNADA, ANTES DE LA AUTORIZACIÓN DE BECA.

ESTA CARTA COMPROMISO ES FIRMADA EL DÍA _____
FECHA (día, mes y año)

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA/EL BECARIA/O