

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación**FORMATO OPINIÓN TÉCNICA**

FECHA ELABORACION			
	DÍA	MES	AÑO

DATOS PERSONALES			
NOMBRE DEL INTERESADO			
	NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
CENTRO DE TRABAJO			
	CENTRO DE SALUD O ÁREA DE SERVICIO	HOSPITAL, JURISDICCIÓN O DIRECCIÓN	

DATOS DEL EVENTO	
ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	
INSTITUCIÓN Y LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO	
ESPECIFICAR EL PERIODO DE DURACIÓN	
HORARIO (S)	

BECAS OTORGADAS	
DATOS DE BECAS OTORGADAS EN EL TRANCURSO DEL PRESENTE AÑO (tipo de beca, nombre de evento, fecha, lugar)	

OPINION TÉCNICA

El Jefe Inmediato deberá de considerar antes de otorgar su autorización que el dictamen emitido con base en esta opinión técnica tendrá vigencia temporal de un año y podrá ser prorrogado por el tiempo de duración del programa de enseñanza, si el trabajador-becario por conducto de la Comisión Auxiliar, comprueba que subsisten las causas que motivaron la asignación de beca.

SI PESE A NO CONTAR CON LA APROBACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO LA COMISIÓN AUXILIAR DECIDIESE APROBAR LA SOLICITUD DE BECA DEL TRABAJADOR, LA UNIDAD MÉDICA ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE LA DECISIÓN.



Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

#	EVALUADOR	ITEM	PONDERACIÓN	
1.-	Deberá ser Evaluado por Jefe de Servicio.	¿El evento académico representa beneficio para el puesto del trabajador?	SI = 1	NO = 0
2.-	Deberá ser Evaluado por Jefe de Servicio.	¿El evento académico tiene relación con las funciones que desempeña el trabajador?	SI = 1	NO = 0
3.-	Deberá ser Evaluado por Jefe de Servicio.	En el caso de otorgarse la Beca, ¿afectaría al servicio?	SI = 0	NO = 1
4.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿El evento académico beneficiará al trabajador en el proceso de escalafón?	SI = 1	NO = 0
5.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿El número de inasistencias del Trabajador supera el 5% en el trimestre previo?	SI = 0	NO = 1
6.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿Las horas de pase de salida en el trimestre anterior superan a las nueve horas?	SI = 0	NO = 1
7.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿El número de días Beca disfrutados el trimestre previo es mayor a tres?	SI = 0	NO = 1
8.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿Existe evidencia de reporte por escrito de mal desempeño del solicitante en el trimestre previo?	SI = 0	NO = 1
9.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	¿Entrego el expediente completo por lo menos cinco días hábiles previos a la sesión ordinaria de la Comisión correspondiente?	SI = 1	NO = 0
10.-	Deberá ser Evaluado por CAMC	El interesado notificó a la comisión correspondiente dos meses antes de inicio del evento de capacitación.	SI=1	NO=0

- **El análisis de este documento proporcionará una ponderación la cual permitirá a los integrantes de las comisiones tomar decisiones objetivas en base a:**

a) De 0 a 5 ítems: Se declara improcedente la solicitud del trabajador.

b) De 6 a 10 ítem: Se utilizará como punto de desempate cuando se encuentren dos o más trabajadores del mismo turno solicitando beca y / o para determinar procedente la solicitud.

VISTO BUENO	SI _____	NO _____	
NOMBRE Y FIRMA SECRETARIO TÉCNICO			NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

AUTORIZA	SI _____	NO _____	OBSERVACIONES
NOMBRE, FIRMA Y PUESTO JEFE INMEDIATO			

El Jefe Inmediato únicamente firmará este formato en caso de dar su autorización, considerando que la





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS
DE SALUD



Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

ausencia del trabajador no deberá de afectar la productividad y calidad de los procesos y servicios.

