

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

CARTA COMPROMISO

En apego al **Artículo No. 56** del **Reglamento de Capacitación Vigente** el (la) **C.**

en adelante denominado "**El Becario**" trabajador de base de la **Secretaría de Salud** a través de los **Servicios de Salud de Morelos**, celebra la presente "**Carta Compromiso**" al tenor de las declaraciones y cláusulas siguientes:

----- **Declaraciones:** -----

1. "**El Becario**" declara bajo protesta de decir verdad.

1.1. Que es trabajador (Federalizado, Homologado, Regularizado, Formalizado), con derechos y obligaciones establecidas en las **Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud a través de Servicios de Salud de Morelos** y que se encuentra adscrito en _____ con una antigüedad de _____ años y código funcional _____

1.2. Que en virtud de haber cubierto con los requisitos señalados en el **Capítulo VI del Reglamento de Capacitación** de la **Secretaría de Salud** le fue otorgada beca para realizar estudios de _____ con sede en _____ por un periodo comprendido del _____ al _____ existiendo la posibilidad de prorrogarla por el tiempo de duración que señala el programa de enseñanza previa comprobación de que subsisten las causas que motivaron la asignación de la beca.

1.3. Que para los efectos de este instrumento legal se señala como domicilio (particular), el ubicado en:

EXPUESTO LO ANTERIOR, "**EL BECARIO**" SUJETA SU COMPROMISO A LA FORMA Y TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS:

- **PRIMERA.-** "**El Becario**" Se Compromete a cumplir estrictamente con las disposiciones contenidas en el **Reglamento de Capacitación Vigente de la Secretaría de Salud**.
- **SEGUNDA.-** "**El Becario**", Se obliga a informar semestralmente a la **Comisión Central Mixta de Capacitación** y a la **Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación** de su adscripción, o a **Servicios de Salud de Morelos** de las actividades que desarrolla como becario asimismo comprobará haber sido aprobado al término del año de estudios.

Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación

- **TERCERA.- “El BecarioF**, Se obliga a prestar sus servicios en la **Secretaría de Salud** a través de **Servicios de Salud de Morelos**, una vez concluido el tipo de beca de que se trate, por el tiempo equivalente al de su duración, en caso de incumplimiento la **Secretaría de Salud** a través de **Servicios de Salud de Morelos**, con apoyo en las disposiciones aplicables procederá al fincamiento de responsabilidades, ya sean civiles, penales o de cualquier otra índole legal a las que se hiciera acreedor.
- **CUARTA.-** En el caso de Internos de Pregrado, Pasantes de Servicio Social y Residentes de Especialidades, deberá comprobar ante la **Dirección General de Calidad y Educación en Salud**, haber sido aprobado al término del año de estudios.
- **QUINTA.- “El BecarioF**, se obliga a reanudar labores en su puesto y en su lugar de adscripción dentro de los tres días hábiles siguientes a la conclusión de la beca o de su revocación, cuando éste se haya efectuado en la ciudad en donde se encuentre la unidad de adscripción del trabajador; dentro de los siete días siguientes, si se trata de una beca que se haya disfrutado en otra entidad federativa del territorio nacional y de quince días, si el disfrute fue en el extranjero.
- **SEXTA.-** Difundir los conocimientos adquiridos en su ámbito y horario laboral.
- **SÉPTIMA.-** En caso de que el evento de capacitación sea mayor a 6 o 12 meses, **“El BecarioF** deberá solicitar prórroga ratificando a través de la **CCMC** con 30 días de anticipación al término del plazo por el que se expidió la autorización.
- **OCTAVA.-** Para la interpretación y cumplimiento de esta carta compromiso, así como todo aquello que no esté expresamente estipulado en la misma **“El BecarioF**, se somete a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, por lo tanto renuncia al fuero que por razón de su domicilio presente o futuro pudiera corresponderle.

LEÍDA LA PRESENTE CARTA COMPROMISO Y ENTERADO EL FIRMANTE DE SU VALOR Y CONSECUENCIAS LEGALES, LA FIRMA EN DOS EJEMPLARES EN LA CIUDAD DE _____ A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO DE _____

EL TRABAJADOR BECARIO

NOMBRE Y FIRMA

