



Listado de Documentos
PROGRAMA DE BECAS IFARHU-SENACYT
SUB PROGRAMA I, BECAS DE EXCELENCIA PROFESIONAL
CONVOCATORIAS DE MAESTRIAS EN CARRERAS DE SALUD EN EL EXTRANJERO

Nombre: _____

Código MIS-2017-_____

1	Completar el formulario de solicitud.	
2	Copia del título universitario de licenciatura autenticado por el IFARHU.	
3	Copia de idoneidad otorgada por el Consejo Técnico de Salud y autenticada por un notario público.	
4	Copia de los créditos universitarios en los que se observe un índice académico mínimo de 2.0/ 3.0 o equivalente autenticado por el IFARHU.	
5	Presentar un Ensayo Motivacional que describa el impacto al país de los estudios a realizar (máximo de hasta 3 páginas).	
6	Carta de trabajo de MINSa, de la CSS o de Patronato Regido por el MINSa, donde certifique que se encuentra laborando en institución pública de salud (si aplica).	
7	Carta aval del MINSa, de la CSS o de Patronato regido por el MINSa para la realización de los estudios (si aplica).	
8	Constancia de conocer el proceso de admisión y las fechas de inicio del programa.	
9	Presupuesto con el costo de matrícula y crédito del Programa.	
10	Copia del Programa Académico.	
11	Declaración Jurada firmada que ha leído el Reglamento de Becas IFARHU-SENACYT.	
12	Paz y salvo del IFARHU (anexar recibo de pago).	
13	Paz y Salvo de la SENACYT.	
14	Presentar tres (3) cartas de recomendación de profesionales, de docentes del área de la salud o académicas debidamente membretadas.	
15	Copia de cédula vigente.	
16	Hoja de vida en idioma español.	
17	Certificado de buena salud física emitido por el MINSa o la CSS.	
18	Certificado de salud mental emitido por el MINSa o la CSS.	
19	Carta o certificación firmada por el Presidente de la Sociedad correspondiente a la carrera de salud en Panamá, la cual avala el Programa a cursar en el extranjero y señale que la carrera cuenta con aval del Consejo Técnico de Salud.	

* De salir adjudicado el becario deberá presentar nuevamente el Certificado de buena salud física y mental emitido por el MINSa o CSS

Recibió: _____

Fecha _____

Hora: _____

Presencial ____ Mail____