|  |
| --- |
| **Presionar tecla TAB para avanzar entre campos a llenar.** |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE**  |
| 1. NOMBRES:       | 2. APELLIDOS:      | **PARA USO DE IFARHU-SENACYT**  |
| 3. NO. DE CÉDULA:      | 4. CORREOS ELECTRÓNICOS:      | **CÓDIGO DE SOLICITUD**BESMP-2019-\_\_\_\_ |
| 5. FECHA DE NACIMIENTO:      | 6. PAÍS DE NACIMIENTO:      |  |
| 7. PROVINCIA DE NACIMIENTO:    | 8. EDAD:      |  |
| 9. TELÉFONO FIJO:      | 10. DIRECCIÓN RESIDENCIAL:      | **FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN** |
| 11.TELÉFONO CELULAR:      13.ESTADO CIVIL: 13. NOMBRE Y LUGAR DE LA ESTADIA CLINICA POSDOCTORALA.   | 12. SEXO:     14.CANTIDAD DE HIJOS: |  |
|  |
| 15. DIPLOMAS OBTENIDOS O POR OBTENER (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional) y adjuntar los documentos que los sustenten. |
| Título Obtenido | Universidad / Institución | Índice País | Fecha (mm/aaaa) |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |
| 16. PRINCIPALES HONORES ACADÉMICOS RECIBIDOS (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades).  |
| 17. ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades.

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad | Tiempo de estarla realizando |

 |
| 18. ¿EXISTE OTRA FUENTE DE FINANCIAMIENTO QUE APOYARÍA SIMULTÁNEAMENTE SUS ESTUDIOS?:[ ]  SÍ [ ]  NO | 19. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES ‘SÍ’, ESPECIFIQUE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO:      |
| 20. ¿EXISTE UN REGISTRO A NOMBRE DEL SOLICITANTE EN EL ARCHIVO DE SENACYT?: \* [ ]  SÍ [ ]  NO |
| 21. CONCURSOS ANTERIORES AUSPICIADOS POR LA SENACYT EN LOS QUE HA PARTICIPADO EL SOLICITANTE (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional) |
| PROGRAMA | Fecha (dd/mm/aaaa) | Monto solicitado (B/.) | ¿Fue aprobado? (SÍ o NO) | Monto otorgado (B/.) |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| 22. DOMINIO DE IDIOMAS CALIFIQUE COMO **REGULAR, BUENO O EXCELENTE** (puede adjuntar documentos que comprueben el dominio del idioma), no incluir idioma nativo. |
| IDIOMA | LECTURA | ESCRITURA | CONVERSACIÓN |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| **DOCUMENTOS A ANEXAR**  |
| 23. LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ANEXADOS CON LA SOLICITUD EN EL ORDEN SEÑALADO EN EL CHECK LIST. TODOS LOS DOCUMENTOS SON REQUISITOS INDISPENSABLES PARA QUE LA SOLICITUD SEA CONSIDERADA.  |
|  [ ]  *1.* FORMULARIO DE SOLICITUD COMPLETO. | [ ]  *2.* COPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO EN MEDICINA AUTENTICADO POR EL IFARHU. |
|  [ ]  *3.* COPIA DE LOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS DEL ÚLTIMO NIVEL ACADÉMICO OBTENIDO (POSGRADO, QUE INCLUYE EL INTERNADO, ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD MÉDICA, SEGÚN EL CASO) EN LOS QUE SE OBSERVE UN ÍNDICE ACADÉMICO MÍNIMO DE 1.8 EN BASE A 3.0 O EQUIVALENTE Y AUTENTICADOS POR EL IFARHU. | *[ ]* 4. COPIA DEL CERTIFICADO DE IDONEIDAD PROFESIONAL EMITIDO POR EL CONSEJO TÉCNICO DE SALUD PARA EJERCER LA MEDICINA Y AUTENTICADO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO. |
|  [ ]  5. CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL EXAMEN GENERAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS APLICADO POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, INDEPENDIENTE DE LA VIGENCIA DEL MISMO. | [ ]  6. CONSTANCIA DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE LA ESTADÍA CLINICA POSDOCTORAL EN EL EXTRANJERO. |
|  [ ]  7. CARTA (O CERTIFICACIÓN) FIRMADA POR EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MÉDICA PANAMEÑA, LA CUAL AVALE EL PROGRAMA DE LA ESTADÍA CLÍNICA A CURSAR EN EL EXTRANJERO.  | [ ]  8. COPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL. |
|  [ ]  9. HOJA DE VIDA ACTUALIZADA. | [ ]  10. PAZ Y SALVO DEL IFARHU, (ANEXAR FORMULARIO Y RECIBO DE PAGO). |
| [ ]  11. PAZ Y SALVO DE LA SENACYT.  | [ ]  12. ENSAYO EN EL QUE DESCRIBA EL IMPACTO DE SUS ESTUDIOS PARA EL PAÍS. |
|  [ ]  13. TRES (3) CARTAS DE RECOMENDACIÓN DE PROFESIONALES O DOCENTES DEL ÁREA DE LA SALUD. | [ ]  14. FORMULARIO DE PRESUPUESTO. |
|  [ ]  15. DECLARACIÓN JURADA FIRMADA POR EL ASPIRANTE (QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO EL REGLAMENTO DE BECAS). | [ ]  16. CERTIFICACIÓN MÉDICA DE BUENA SALUD FÍSICA Y DE SALUD MENTAL (ESTA POR PSIQUIATRA), AMBOS EMITIDO POR MÉDICOS IDÓNEOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. |
| **24. CERTIFICACIONES**Certifico hasta donde conozco que:1. Las declaraciones presentadas aquí son verdaderas y están completas,
2. No me encuentro en ninguna falta legal, contractual o financiera ni con el IFARHU, ni con la SENACYT.

Con la entrega de esta solicitud acepto la obligación de cumplir con:1. Los reglamentos de este programa que están disponibles en la página web de la SENACYT.
2. Proveer los informes de progreso requeridos en caso de resultar beneficiado con esta solicitud.

Entiendo que el proveer información falsa intencionalmente o el ocultar algún hecho en esta solicitud o en cualquier otra comunicación remitida al IFARHU y a la SENACYT es una ofensa grave, razón por la cual el IFARHU y la SENACYT pueden, a opción propia, descalificar al solicitante e iniciar acciones legales contra éste.\*Esto debe certificarse a través de un paz y salvo de la SENACYT (Ver formulario en la página web de la SENACYT)LOS TÉRMINOS ANTERIORES SON PARTE, Y NO EXCLUYEN, LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 258 DEL 23 DE AGOSTO DE 2017, publicada en la Gaceta Oficial 28356-C de 1 de septiembre de 2017.    |
| **NOTAS IMPORTANTES:**1. TODOS LOS CAMPOS ES OBLIGATORIOS QUE SEAN LLENADOS.
2. EL IFARHU Y LA SENACYT PODRÁN SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD Y PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINSTRADA.
3. DE PREFERENCIA LOS DOCUMENTOS DEBEN SER LLEVADOS A LA SENACYT IMPRESOS.
4. SI DESEA LLEVAR LOS DOCUMENTOS EN PAPEL A LA SENACYT, NO ES NECESARIO ANILLARLOS NI EMPASTARLOS.
5. LOS DOCUMENTOS PROVENIENTES DEL EXTRANJERO DEBEN PRESENTARSE DEBIDAMENTE LEGALIZADOS (APOSTILLADOS O POR VÍA CONSULAR). LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN EL IDIOMA ESPAÑOL O TRADUCCIÓN SIMPLE, DE SER BENEFICIADO DEBERÁ PRESENTARLOS DEBIDAMENTE TRADUCIDOS POR TRADUCTOR PÚBLICO AUTORIZADO).
6. **EN CASO DE SER SELECCIONADO, DEBERÁ INICIAR SUS ESTUDIOS UNA VEZ SE LE NOTIFIQUE QUE HA SIDO REFRENDADO SU CONTRATO POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. EN CASO DE CONTINUACIÓN DE ESTUDIOS, LOS PAGOS INICIARÁN AL REFRENDO DE SU CONTRATO POR PARTE DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.**
 |
| **25. NOMBRE:** | **26. FECHA (dd/mm/aaaa):** | **27. ¿ACEPTa TODAS LAS CERTIFICACIONES?**[ ]  SÍ [ ]  NO |
| **28. FIRMA DEL APLICANTE:** |  |  |