|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD**  **PROGRAMA BECAS IFARHU-SENACYT**  **SUBPROGRAMA DE BECAS DE EXCELENCIA PROFESIONAL**  **SUBESPECIALIDADES MÉDICAS EN ÁREAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD A REALIZAR EN EL EXTRANJERO 2021** | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. NOMBRES: | | | | | 2. APELLIDOS: | | | | | | **PARA USO DE IFARHU -SENACYT** | | |
| 3. NO. DE CÉDULA: | | | | | 4. EDAD: | | | | | | **CÓDIGO DE SOLICITUD**  **BSM-2021-\_\_\_\_\_** | | |
| 5.PAÍS DE NACIMIENTO: | | | | | 6. PROVINCIA DE NACIMIENTO: | | | | | |  | | |
| 7. SEXO:    9. TELÉFONO FIJO: | | | | | 8. TELÉFONO CELULAR:      10. CORREOS ELECTRÓNICOS: | | | | | |  | | |
| 11. ESTADO CIVIL:    13. CANTIDAD DE HIJOS: | | | | | 12. DIRECCIÓN RESIDENCIAL: | | | | | | **FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN** | | |
| 14. INSTITUCIÓN ACADÉMICA DONDE SE ENCUENTRA EN PROCESO DE ADMISIÓN O ACEPTADO: | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ÁREAS DE ESTUDIOS: Marcar la subespecialidad de interés    ENDOCRINOLOGÍA  REUMATOLOGÍA  MEDICINA CRÍTICA | | | | | | | | | | | | | |
| 16.TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (si lo requiere, puede añadir una hoja adicional) | | | | | | | | | | | | | |
| Título Obtenido | | | | Universidad / Institución | | | | | | Índice | País | | Fecha (mm/aaaa) |
|  | | | |  | | | | | |  |  | |  |
|  | | | |  | | | | | |  |  | |  |
|  | | | |  | | | | | |  |  | |  |
| 17. CAMPO DE FORMACIÓN: | | | | 18. CAMPO DE ESPECIALIDAD: | | | | | | | | | |
| 19. PRINCIPALES HONORES ACADÉMICOS RECIBIDOS (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades).    20. ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (Si lo requiere, puede añadir una hoja adicional. Puede adjuntar documentos que comprueben estas actividades. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 21. ¿EXISTE OTRA FUENTE DE FINANCIAMIENTO QUE APOYARÍA SIMULTÁNEAMENTE SUS ESTUDIOS?  SÍ NO | | | | | | | | 22. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES ‘SÍ’, ESPECIFIQUE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO: | | | | |
| 23. ¿HA PARTICIPADO USTED EN ALGUNA CONVOCATORIA O PROGRAMA DE LA SENACYT? \* SÍ NO  \*Esto debe certificarse a través de un paz y salvo de la SENACYT (Ver formulario en la página web de la SENACYT). | | | | | | | | | | | | |
| 24. 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/.) | |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 25. DOMINIO DE IDIOMAS QUE NO SEA EL ESPAÑOL, ADJUNTAR EVIDENCIA. CALIFIQUE COMO **REGULAR, BUENO O EXCELENTE** | | | | | | | | | | | | |
| IDIOMA | | LECTURA | | | | | ESCRITURA | | | | CONVERSACIÓN | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | |
| **EN CASO DE QUE CUENTE CON ALGUNA CERTIFICACIÓN DEL IDIOMA, PUEDE ADJUNTARLO** | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
| 26. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O LA EMPRESA A LA QUE ESTÁ ASOCIADO/AFILIADO: | | | | | | 27. CARGO O POSICIÓN: | | | | | | |
| 28. TIPO DE EMPRESA: | | | | | | 29.TIPO DE CONTRATACIÓN  PERMANTENTE TEMPORAL | | | | | | |
| 30. DESCRIPCIÓN DE SUS FUNCIONES (BREVE): | | | | | | | | | | | | |
| 31. DIRECCIÓN FÍSICA DE LUGAR DEL TRABAJO: | | | | | | 32: TIPO DE EMPRESA (ACADÉMICA, GUBERNAMENTAL, PRIVADA, AIP, ONG, FUNDACIÓN) | | | | | | |
| 33. TELÉFONOS: | | | | | | 34. CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | |
| **DOCUMENTOS POR ANEXAR**  35. LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DEBERÁN SER ANEXADOS CON LA SOLICITUD EN EL ORDEN SEÑALADO A CONTINUACIÓN. | | | | | | | | | | | | |
| 1. Copia de cédula de identidad personal, ambas caras en una misma página. | | | | | 9. Copia del diploma universitario a nivel de Medicina y Especialidad Médica. | | | | | | | |
| 2. Formulario de solicitud de la beca debidamente completado y firmado. | | | | | 10. Copia de los Créditos Universitarios (Licenciatura, Internado y Especialidad), en los que se observe un índice académico mínimo de 1.8 en base a 3.0 o equivalente realizado en la Universidad de Panamá. | | | | | | | |
| 3. Paz y Salvo del IFARHU. Gestionado directamente en el IFARHU: se debe anexar formulario con verificación de dirección de finanzas del IFARHU y recibo de pago o gestionado a través de la plataforma Panamá Digital: se debe anexar solicitud firmada y correo donde el IFARHU le concede paz y salvo. | | | | | 11. Copia de los certificados de idoneidad profesional emitido por el Consejo Técnico de Salud para ejercer la Medicina y la Especialidad, autenticado ante un Notario Público. | | | | | | | |
| 4. Paz y Salvo de la SENACYT firmado. Deberá completar el formulario de paz y salvo publicado en los documentos de la convocatoria y adjuntarlo a la aplicación. El Coordinador verificará al momento de la revisión de la aplicación si se encuentra paz y salvo con la institución. | | | | | 12. Carta (o certificación) firmada por el presidente de la Sociedad Médica Panameña de la subespecialidad médica correspondiente, la cual avale el programa académico a cursar en el extranjero. | | | | | | | |
| 5. Declaración jurada firmada por el aspirante, como constancia de haber leído y aceptado el Reglamento del Programa de Becas IFARHU-SENACYT. | | | | | 13. Constancia de aprobación del examen general de residencias médicas aplicado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, independiente de la vigencia de este. | | | | | | | |
| 6. Hoja de vida actualizada del aspirante. | | | | | 14. Constancia del proceso de admisión en el programa de estudio de la institución académica en el extranjero. | | | | | | | |
| 7. Presentar un ensayo en el que explique el impacto para el país de los estudios para los que está aplicando, máximo tres (3) páginas. | | | | | 15. Formulario de presupuesto por el tiempo de duración de sus estudios. | | | | | | | |
| 8. Tres (3) cartas de recomendación de profesionales o docentes en el área de la salud, debidamente firmadas. | | | | | 16. Certificado de matrimonio (si aplica) y certificado de nacimiento de hijos (si aplica), (cubre los rubros indicados en el Reglamento para el cónyuge e hijos al momento del otorgamiento de la beca). Este requisito aplica para estudios de Subespecialidad. | | | | | | | |
| **36. 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) El reglamento de este programa que se encuentran 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 OBLIGATORIO 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. LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN FORMATO DIGITAL A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **espmed@senacyt.gob.pa**, HASTA LA FECHA Y HORA DE CIERRE CORRESPONDIENTE (LOS ARCHIVOS ADJUNTOS NO DEBEN EXCEDER DE 10 MB). 4. 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). 5. DE SER BENEFICIADO DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN DE BUENA SALUD FÍSICA EMITIDA POR PERSONAL IDÓNEO Y CERTIFICACIÓN DE SALUD MENTAL EMITIDO POR UN PERSONAL IDÓNEO (PSIQUIATRA). 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**.** | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE:** | **FECHA** (dd/mm/aaaa)**:** | | | | **39. ¿ACEPTa TODAS LAS CERTIFICACIONES?**  SÍ NO | | | | | | | |
| **FIRMA DEL APLICANTE:** | | | | | | | | | | | | |