



**Consentimiento para recibir el pago de Beca
a través de Depósito Bancario o Transferencia Electrónica de Fondos**

Fecha: _____

De conformidad con los Artículos 5, 6, Fracción VI, 7, Fracciones I, XI y XV y 84 de la Ley General de Salud; 52 y 53 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal; 18, Fracción XXI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 17, tercer párrafo del Código Fiscal de la Federación; 42 de la Ley del Servicio de Tesorería de la Federación; 110 y 121 de su Reglamento; 132 y 133 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; Numerales 7.1.2 y 10.1 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas; y el Acuerdo por el cual se determina el tabulador de becas para Internos de Pregrado y Pasantes que se indican, de fecha 15 de enero de 2014, expresamente otorgo a la Secretaría de Salud, mi consentimiento para recibir el pago de Beca por transferencia electrónica de fondos ó depósito bancario a la cuenta, cuyos datos se señalan a continuación y de la cual soy titular:

Institución bancaria: _____ **Número de cuenta bancaria:** _____
Número de cuenta CLABE: _____

(Anexar copia del contrato de apertura de cuenta bancaria y/o copia de estado de cuenta bancario, con CLABE)

Lo anterior, respecto de la asignación de campos clínicos, becas de internado de pregrado, servicio social, residencias médicas y posgrados que coordina la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

Asimismo, manifiesto que la recepción del presente no obliga a la Secretaría de Salud a efectuar los el pago de beca, si no se cumplen previamente los requisitos para su otorgamiento, quedando bajo mi entera responsabilidad, los datos aquí descritos y en caso de error u omisión de mi parte, tendré que acudir a la Institución bancaria para su resolución.

En caso de baja presentaré por escrito mi renuncia a mi condición de: _____, y me comprometo a que si hubiese un error en el depósito electrónico, avisaré de inmediato a las autoridades y de ser necesario efectuaré los reintegros correspondientes.

**FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD
DATOS PERSONALES**

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos asentados son verdaderos

R.F.C: _____

CURP: _____

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: _____
Calle y Núm Ext./Int. Colonia

Delegación, Municipio o Población Entidad Federativa Código Postal

Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

Con fundamento en el artículo 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, parte de la información descrita en la presente está clasificada como CONFIDENCIAL. Por ello, de acuerdo a los Artículos 19, 21 y 22 Fracción V de la misma, doy mi CONSENTIMIENTO para que sea utilizada en los trámites inherentes al otorgamiento de Beca, sin que esta pueda ser destinada para propósitos distintos a los aquí señalados.