



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para otorgar apoyo económico complementario al personal del área de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para realizar cursos o estancias clínicas o de investigación
2530-003-003

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dra. Carolina del C. Ortega Franco
Encargada del Despacho de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Elaboró

Dra. Lydia Estela Zerón Gutiérrez
Titular de la División de Educación Continua

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD
MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 29 ABR. 2020

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	5
6	Descripción de actividades	11
7	Diagrama de flujo	18
	Anexos	
	Anexo 1 Convocatoria	23
	Clave: 2530-009-001	
	Anexo 2 Solicitud de Apoyo Económico Complementario	27
	Clave: 2530-009-002	
	Anexo 3 Solicitud de Permiso Académico	31
	Clave: 2530-009-003	
	Anexo 4 Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario	35
	Clave: 2530-009-004	



1 Base normativa

- Numeral XXIV del artículo 251 del Capítulo 1 del Título Cuarto de la Ley del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, última reforma publicada el 22 de junio del 2018.
- Artículo 82, fracción IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numeral 8.1.3.1.3, párrafo 5, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, validado y registrado el 08 de febrero de 2018.

2 Objetivos

2.1 Establecer los criterios para otorgar el apoyo económico complementario al personal del área de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para realizar cursos o estancias clínicas o de investigación.

2.2 Describir la integración y actividades del Grupo de Análisis, Evaluación y Dictamen de Solicitudes (GAEDS) para otorgar el apoyo económico complementario.

3 Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de observancia obligatoria para las Unidades y Coordinaciones Normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), para el Grupo de Análisis, Evaluación y Dictamen de Solicitudes, para las Unidades Médicas del Primer, Segundo, y Tercer Nivel de Atención, para los Centros y Unidades de Investigación, y demás áreas en donde labora el personal del área de la salud con plaza de base, de confianza o de Estatuto A y con calificación curricular vigente de investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el caso de ser personal con categoría laboral de investigador.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 actividades de investigación: De acuerdo con la “Norma que establece las disposiciones para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, Clave 2000-001-009, son el conjunto de tareas relacionadas con los procesos de la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.



4.2 actualización: Proceso educativo teórico y/o práctico que facilita la profundización de un conocimiento y el refinamiento de alguna destreza para mejorar la calidad resolutive y el ejercicio profesional en el área de desempeño laboral.

4.3 apoyo económico complementario: Concepto que el GAEDS autoriza a efecto de que se gestione su pago en el marco del presupuesto disponible y previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la Convocatoria respectiva. Lo anterior, con independencia de la beca que el trabajador de base debe solicitar ante las Comisiones Nacionales Mixtas de Becas y de Capacitación y Adiestramiento, y el Permiso Académico que el trabajador de confianza debe solicitar ante el Coordinador de Planeación y Enlace Institucional, el Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud, el Director de Educación e Investigación en UMAE, el Jefe de los Servicios de Prestaciones Médicas o el Titular de la Unidad o Coordinación Normativa, del Instituto Mexicano del Seguro Social, según corresponda.

4.4 beca: Permiso con salario que otorga a los trabajadores de base la Comisión Nacional Mixta de Becas, a efecto de realizar un curso o estancia clínica o de investigación.

4.5 beneficiado: Personal del área de la salud a quien el GAEDS le dictaminó favorablemente el apoyo económico complementario.

4.6 capacitación: Proceso educativo cuyo propósito es formar o actualizar contenidos teóricos y/o prácticos, incrementar la capacidad resolutive del personal y lograr el perfeccionamiento profesional.

4.7 CAISPN: Coordinación de Atención Integral a la Salud de Primer Nivel.

4.8 CAISN: Coordinación de Atención Integral de Segundo Nivel.

4.9 CES: Coordinación de Educación en Salud.

4.10 CIS: Coordinación de Investigación en Salud.

4.11 CNMCA: Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento.

4.12 CNMB: Comisión Nacional Mixta de Becas.

4.13 CUMAE: Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

4.14 CSAMP: Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos.

4.15 convocatoria: Documento que contiene las bases, los requisitos y los mecanismos para comunicar los resultados de la solicitud del apoyo económico complementario para realizar cursos o estancias clínicas o de investigación; el cual se publica en la página electrónica de la CES.



4.16 curso o estancia: Actividad cuyo eje central es la actualización, capacitación o formación en conocimiento que no es susceptible de ser proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social; la cual debe guardar congruencia y consistencia con el profesiograma de la categoría del trabajador y con su área de desempeño institucional y debe estar considerada dentro de las áreas del conocimiento que la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud determine como estratégicas en la Convocatoria correspondiente.

4.17 dictamen: Fallo emitido por el GAEDS para otorgar el apoyo económico complementario; el cual puede ser favorable o no favorable al trabajador.

4.18 formación: Proceso educativo cuyo propósito es lograr que los educandos adquieran un perfil profesional previamente establecido y que puede ser identificado a través de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes obtenidos durante las actividades de pregrado y posgrado.

4.19 GAEDS: Grupo de Análisis, Evaluación y Dictamen de Solicitudes.

4.20 Instituto o IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.21 permiso académico: Autorización que se otorga al personal de confianza y Estatuto A, a fin de no afectar sus incidencias de asistencia, percepciones y prestaciones, para que se ausente de su lugar de adscripción a efecto de realizar un curso o estancia clínica o de investigación, de conformidad a la política 5.2.14 y 5.2.15 del presente procedimiento.

4.22 solicitante: Personal del área de la salud con plaza de base, de confianza o de Estatuto A y con calificación curricular vigente de investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el caso de ser personal con categoría laboral de investigador.

4.23 UEIPS: Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.

5 Políticas

5.1. Generales

5.1.1 El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.1.2 El desempeño de los servidores públicos involucrados en el presente procedimiento debe apegarse al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS.



5.1.3 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.4 El GAEDS tendrá la facultad de interpretar el presente documento, convocar a sesiones extraordinarias, así como resolver los casos especiales y no previstos.

5.1.5 Las bases y requisitos para solicitar el apoyo económico complementario se establecerán anualmente por la CES, considerando como temas de interés las líneas prioritarias de salud de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS), que se delimitarán en la Convocatoria que cada año se publica.

5.1.6 La CES publicará la “Convocatoria”, clave 2530-009-001 (Anexo 1) dirigida al personal del área de la salud con plaza de base, de confianza o de Estatuto A, con los criterios para la “Solicitud de Apoyo Económico Complementario”, clave 2530-009-002 (Anexo 2).

NOTA: la “Solicitud de Apoyo Económico Complementario”, clave 2530-009-002 (Anexo 2) se puede descargar de la página electrónica de la CES.

5.1.7 La CES deberá estimar y presupuestar el apoyo económico complementario a ejercer en el siguiente ejercicio presupuestal.

5.1.8 La CES remitirá el Dictamen de autorización emitido por el GAEDS, a la Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos de la Dirección de Prestaciones Médicas, con la finalidad de que se gestione ante las áreas competentes el apoyo económico complementario, conforme el presupuesto autorizado.

5.1.9 El apoyo económico complementario es una compensación institucional temporal que no forma parte del salario ni de las prestaciones laborales del trabajador.

5.1.10 El apoyo económico complementario es susceptible de ser utilizado para cubrir total o parcialmente la matrícula, alimentos y seguro de gastos médicos con cobertura internacional y otras provisiones asociadas a la realización de los cursos o estancias clínicas o de investigación; siempre y cuando estos conceptos no sean cubiertos con beca o financiamiento de otras instituciones públicas o privadas.

5.1.11 El presente procedimiento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para el otorgamiento y seguimiento de apoyo económico complementario al personal de salud para realizar curso de formación, actualización o investigación científica en el extranjero” clave 2A00-003-002 fecha de registro 25 de octubre de 2012.

5.2. Específicas

Del GAEDS:



5.2.1. El GAEDS lo conformarán un Presidente, un Secretario, cinco Vocales y dos Observadores.

5.2.2. El Titular de la UEIPS fungirá como Presidente; el Titular de la CES fungirá como Secretario; y como Vocales, el Titular de la CIS, el Titular de la CSAMP, un representante de la CAISPN, un representante de la CAISN y un representante de la CUMAE. El Titular de la División de Educación Continua (DEC) y el Jefe de Área de Vinculación Internacional de la CIS fungirán como Observadores con voz y sin voto.

5.2.3. El GAEDS sesionará una vez al mes, en caso de haber solicitudes.

5.2.4. El apoyo económico complementario se considera para los siguientes períodos: actividades con duración de 5 días hasta 22 meses para personal de confianza, salvo criterio extraordinario del GAEDS; y de 5 días hasta 24 meses para personal de base. En caso de que la actividad dure hasta 22 ó 24 meses, el apoyo será dividido en dos partes iguales, sin opción a prórroga. Para acceder al apoyo económico complementario del segundo periodo, el beneficiado conformará nuevamente el expediente e iniciará la gestión ante el GAEDS con dos meses de anticipación a la conclusión del primer periodo.

5.2.5. El GAEDS analizará, evaluará y dictaminará las solicitudes de apoyo económico complementario, con base en los siguientes criterios:

- La aplicabilidad de las habilidades en su área de desempeño institucional.
- Congruencia entre el profesiograma de la categoría laboral y las características del curso o estancia.
- Correspondencia con las áreas del conocimiento determinadas como estratégicas por la UEIPS.
- Adecuada integración del expediente; que deberá contener la siguiente documentación:
 - Solicitud de Apoyo Económico Complementario, por primera vez o subsecuente.
 - Carta de Motivos, en la que el solicitante exprese su interés en realizar el curso o estancia clínica o de investigación, la forma en que multiplicará el conocimiento a su reincorporación al IMSS y el beneficio en la atención a la salud de la población, la investigación científica o la dirección y/o administración de servicios de salud. La carta deberá incluir una tabla de estimación de conceptos y costos, que tenga previsto cubrir con el apoyo económico complementario, e informar si cuenta con apoyo o beca de alguna institución nacional o internacional, el monto y los rubros que se considere solventar con la última.
 - Oficio de apoyo firmado por su superior jerárquico y/o el titular del área normativa, unidad de adscripción o Centro o Unidad de Investigación, respectiva. En dicho oficio debe quedar de manifiesto que se tiene conocimiento del procedimiento que regula la entrega de apoyo económico complementario al personal del área de la salud para realizar cursos o



estancias clínicas o de investigación, en particular del seguimiento a la “Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario” Clave 2530-009-004 (Anexo 4).

- Documento oficial de aceptación al curso o estancia.
- Programa académico del curso o estancia en español o inglés, que establezca la duración.
- Documento oficial de la institución sede del curso o estancia que indique, en su caso, el costo del mismo.
- Copia del último comprobante de pago del IMSS.
- Carta Compromiso en la que el solicitante se obliga a cumplir la normatividad institucional, a mantener la relación contractual con el IMSS por un periodo mínimo de cinco años y durante este tiempo, aplicar las habilidades y destrezas desarrolladas en el curso o estancia, a llevar a cabo las actividades de manera responsable, ética e integra, a utilizar el apoyo económico complementario con eficiencia, eficacia y honradez, a adquirir un seguro de gastos médicos y a entregar la constancia oficial de terminación del curso o estancia.
- Copia de la solicitud o del dictamen de beca de la Comisión Nacional Mixta de Becas o del Permiso Académico. Ambas con sello de recibido por parte del Departamento de Personal de la unidad de adscripción.

5.2.6. Los integrantes del GAEDS, realizarán la evaluación de las solicitudes de apoyo económico complementario y mediante votación, emitirán el dictamen correspondiente; en caso de empate el Presidente tendrá un voto de calidad.

5.2.7. Los integrantes del GAEDS deberán mantener la confidencialidad en todo lo relacionado al contenido, evaluación y dictamen de las solicitudes de apoyo económico complementario.

5.2.8. El Secretario del GAEDS deberá:

- Elaborar la Minuta de la sesión, en la cual se registrará el análisis de cada caso y el dictamen correspondiente. La totalidad de los integrantes del GAEDS deberán firmar este documento.
- Elaborar actas, oficios y todos los documentos que requieran o deriven de las reuniones del GAEDS.
- Integrar al expediente de manera invariable, la Minuta de la sesión y el dictamen; así como el soporte documental que el GAEDS estime conveniente.

5.2.9. El GAEDS informará al solicitante sobre el dictamen, mediante oficio enviado a través de correo electrónico.



Del seguimiento de los beneficiados

5.2.10. El seguimiento al cumplimiento de la “Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario” Clave 2530-009-004 (Anexo 4) suscrita por el beneficiado, corresponderá al superior jerárquico y al director de la unidad médica o del Centro o Unidad de Investigación o titular del área normativa que corresponda.

5.2.11. En caso de que el beneficiado incurra en alguno de los siguientes supuestos; el superior jerárquico y el director de la unidad médica o del Centro o Unidad de Investigación o titular del área normativa, deberá informar por escrito: al Secretario del GAEDS con copia al Titular de la CIS, en caso una estancia de investigación.

- No cumple con lo establecido en la Carta Compromiso para recibir el apoyo económico complementario.
- Cancele el curso o estancia clínica o de investigación.
- No entregue el documento probatorio de la conclusión del curso o estancia clínica o de investigación.
- Interrumpa la relación laboral con el IMSS antes del quinto año, posterior a la conclusión del curso o estancia clínica o de investigación.

De los Solicitantes y Beneficiados

5.2.12. El personal del área de la salud que solicite apoyo económico complementario deberá cumplir con la totalidad de los requisitos establecidos en este procedimiento y la Convocatoria correspondiente.

5.2.13. En el caso que un solicitante presente inconformidad por el dictamen del fallo, tendrá la posibilidad de apelar una vez y el GAEDS evaluará el caso.

5.2.14. El personal de confianza o Estatuto A adscrito en Unidades Médicas de Primer, Segundo o Tercer Nivel de atención, deberá tramitar la “Solicitud de Permiso Académico” Clave 2530-009-003 (Anexo 3), firmada por el Director y/o el Coordinador de Planeación y Enlace Institucional. Si la adscripción es en una Delegación deberá tramitarla con firma del superior jerárquico y el Titular de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. En el caso de adscripción en una Unidad o Coordinación Normativa, la firma corresponde al superior jerárquico y al titular.

5.2.15. Los beneficiados con contratación de confianza o Estatuto A que reciban dictamen favorable por parte del GAEDS, deberán entregar la “Solicitud de Permiso Académico” Clave 2530-009-003 (Anexo 3), en el Departamento de Personal de la unidad de adscripción, recabar sello y firma de recibido para los efectos administrativos correspondientes.

5.2.16. En caso de que el beneficiado necesite interrumpir el curso o estancia, deberá informar por escrito a su superior jerárquico para todos los efectos que procedan.



5.2.17. El personal beneficiado deberá entregar a su superior jerárquico el documento probatorio de la conclusión del curso o estancia, máximo en 30 días posteriores al término, solicitando se informe de manera oficial al GAEDS.

5.2.18. En caso de ser personal con categoría laboral de investigador deberá presentar calificación curricular vigente de investigador del IMSS y comprobar al menos una publicación como autor principal en los últimos cuatro años o dos publicaciones como coautor en los dos últimos años.



Responsable	Descripción de actividades
Secretario del GAEDS	18. Convoca a los integrantes del GAEDS a la sesión mensual.
	NOTA: A través de "Oficio", anexa el orden del día y una copia de la "Minuta" de la última reunión.
Integrantes del GAEDS	19. Acuden a la reunión de trabajo, la cual será coordinada por el Presidente del GAEDS.
	20. Analizan cada uno de los "Expedientes" integrados y enlistados.
	21. Dictaminan por votación, a favor o no, la autorización del apoyo económico complementario.
Secretario del GAEDS	22. Elabora la "Minuta de la reunión" en la que se asienta el dictamen de cada una de las solicitudes y recaba la firma de los integrantes del grupo.
	Dictamen a favor
	23. Elabora "Oficio de dictamen" y recaba la firma del Presidente del GAEDS.
	24. Envía por correo electrónico el "Oficio de dictamen" al solicitante.
	NOTA: Se conservará una copia del "Oficio de dictamen" en el "Expediente".
	25. Elabora "Oficio" dirigido al Coordinador de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos de la DPM en el que se solicita realizar el trámite correspondiente del apoyo económico complementario.
	NOTA: El "Oficio" lo firma el Presidente del GAEDS y el Titular de la CES lo envía a la Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos.
Coordinador de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos de la DPM	26. Realiza la gestión administrativa correspondiente del apoyo económico complementario.
	Continúa en la actividad 31.



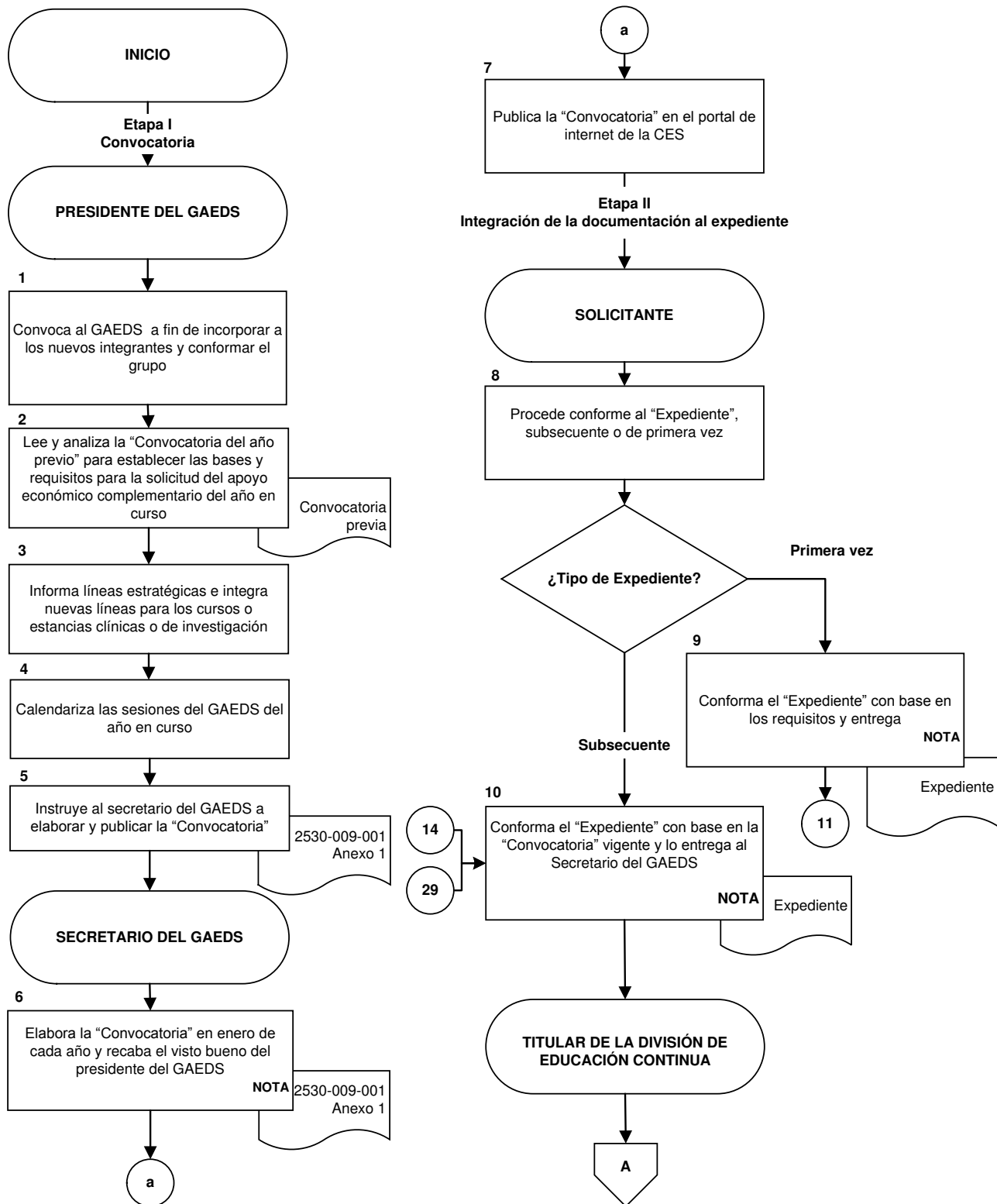
Responsable	Descripción de actividades
Secretario del GAEDS	<p align="center">Dictamen de negativa</p> <p>27. Elabora oficio en el que se informan los motivos de la negativa, se envía por correo electrónico al solicitante y se procede conforme a la respuesta de éste.</p> <p>NOTA: El "Oficio" lo firma el Presidente del GAEDS, se conservará una copia en el "Expediente".</p>
Solicitante	<p align="center">Solicitante acepta la negativa</p> <p>28. No presenta "Escrito libre", ni se inconforma.</p> <p>Continúa en la actividad 41.</p>
Secretario del GAEDS	<p align="center">Solicitante se inconforma</p> <p>29. Elabora y entrega al Secretario del GAEDS un "Escrito libre" en el cual solicita revisión del caso.</p> <p>30. Recibe "Escrito libre" y lo integra en el "Expediente" para presentarlo en la próxima sesión del GAEDS.</p> <p>Continúa en la actividad 10.</p>
El superior jerárquico y el Director de la Unidad Médica o del Centro o Unidad de Investigación o Titular del Área Normativa	<p align="center">Etapas IV Seguimiento de los beneficiados</p> <p>31. Realizan el seguimiento de los beneficiados, informan al Secretario del GAEDS, (con copia al Titular de la CIS en el caso de una estancia de investigación) cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El Beneficiado interrumpa la relación laboral con el IMSS antes del quinto año, posterior a la conclusión del curso o estancia clínica o de investigación. ○ Cancele el curso o estancia clínica o de investigación. ○ No entregue el documento probatorio de la conclusión del curso o estancia clínica o de investigación o. No cumple con lo establecido en la Carta Compromiso para recibir el apoyo económico complementario.

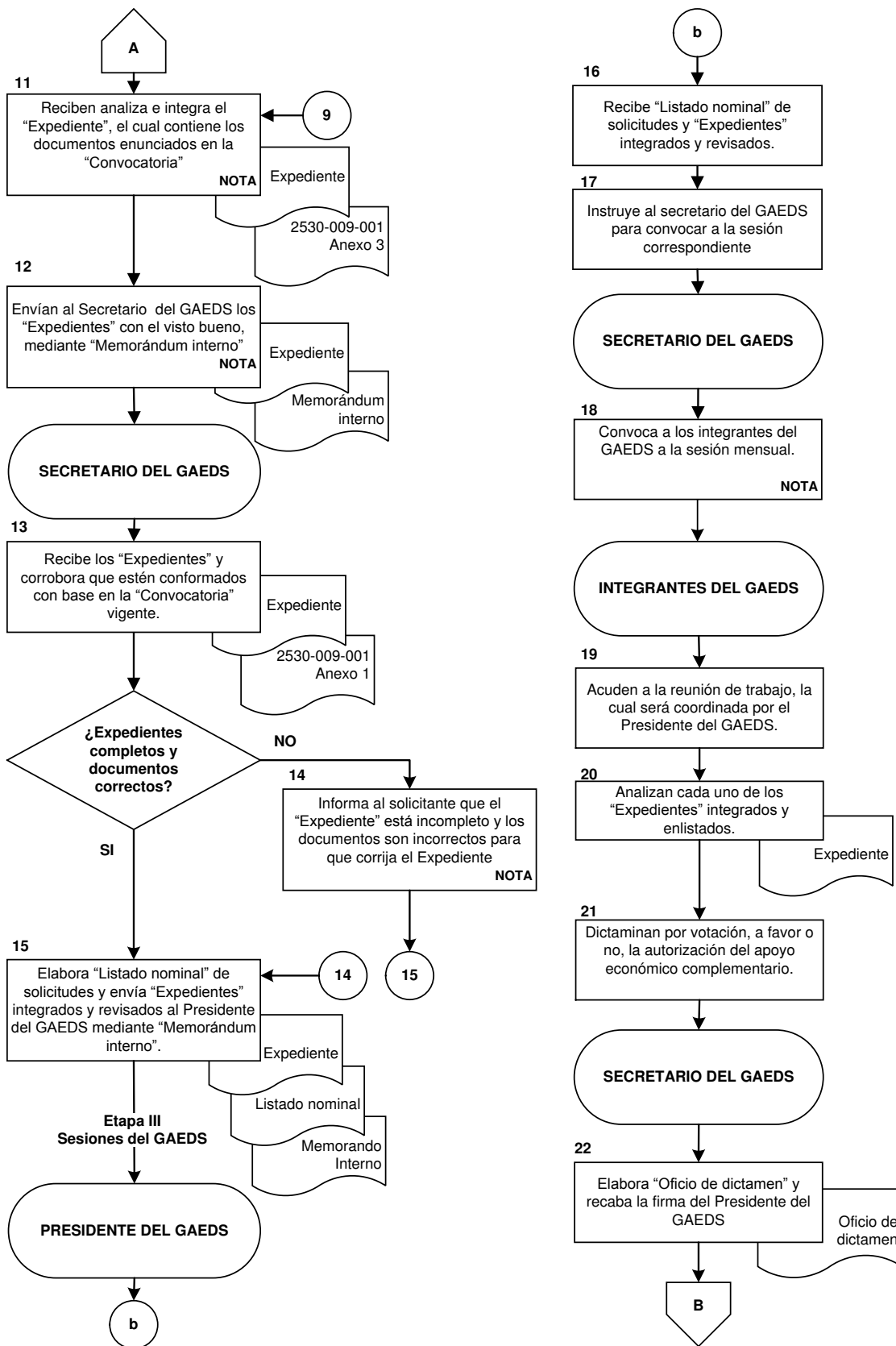


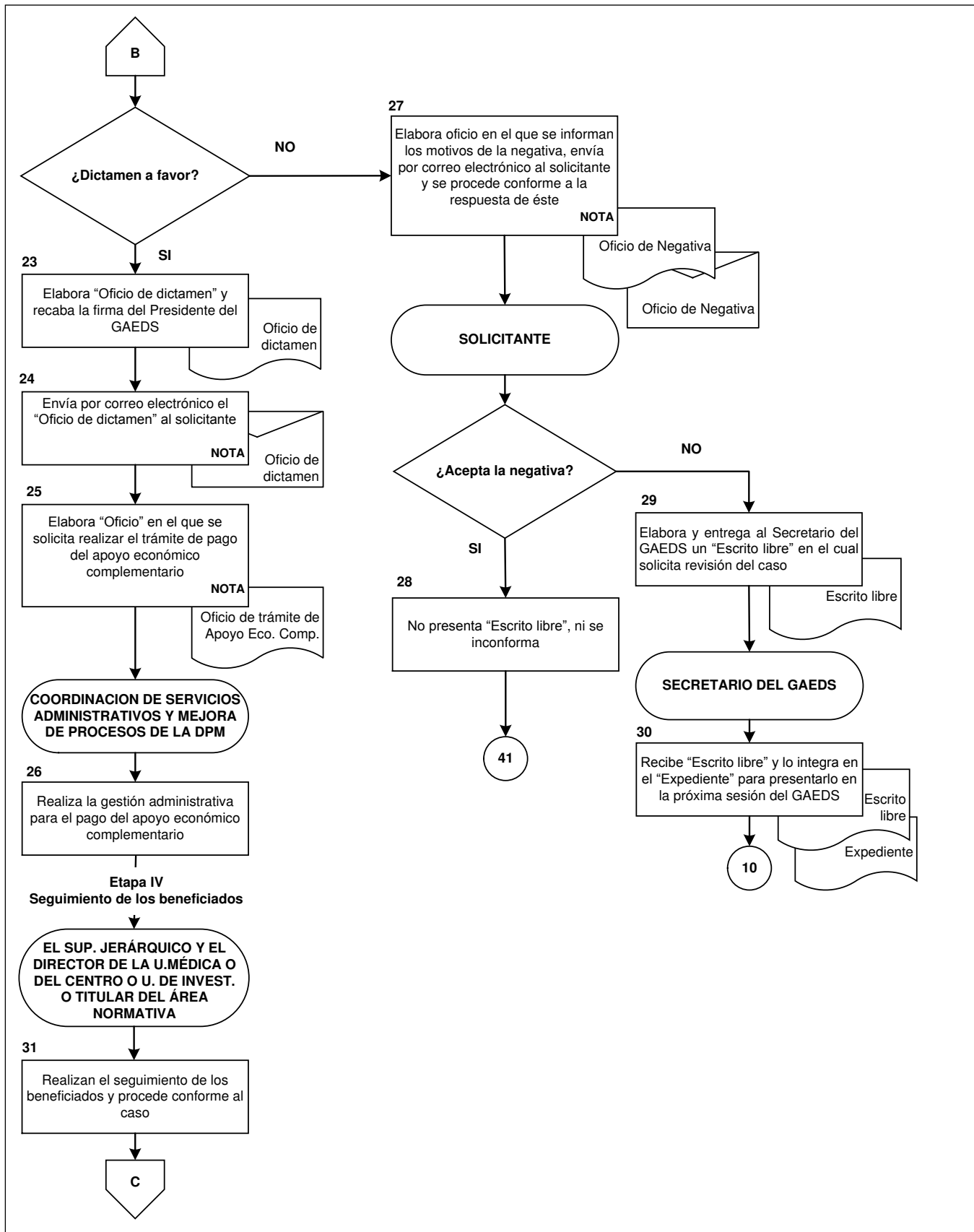
Responsable	Descripción de actividades
<p>El superior jerárquico y el Director de la Unidad Médica o del Centro o Unidad de Investigación o Titular del Área Normativa</p> <p>Secretario del GAEDS</p> <p>Beneficiado</p> <p>Secretario del GAEDS</p>	<p>Y proceden conforme a cada supuesto.</p> <p>Beneficiado cancela el curso</p> <p>Continúa en la actividad 34.</p> <p>Beneficiado No cumple con Carta compromiso</p> <p>Continúa en la actividad 39.</p> <p>Beneficiado Interrumpe la relación laboral con el IMSS</p> <p>32. Recibe del superior jerárquico y el Director de la Unidad Médica o del Centro o Unidad de Investigación o Titular del Área Normativa, la notificación de la interrupción laboral con el IMSS por parte de un Beneficiado.</p> <p>33. Elabora y envía “Oficio” dirigido al Titular de la Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos de la DPM en el que se informa que el beneficiado interrumpió la relación laboral con el IMSS.</p> <p>NOTA: Firma el Presidente del GAEDS, con copia para el “Expediente” del beneficiado.</p> <p>Continúa en la actividad 40.</p> <p>El beneficiado cancela el curso</p> <p>34. Entrega “Escrito libre” informando el motivo por el que cancela el curso o estancia clínica o de investigación para el que se recibió el apoyo económico complementario.</p> <p>35. Elabora y envía “Oficio” dirigido al Titular de la Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos de la DPM en el que solicita cancelar el apoyo económico complementario.</p> <p>NOTA: firma el Presidente del GAEDS, con copia para el “Expediente” del beneficiado.</p>

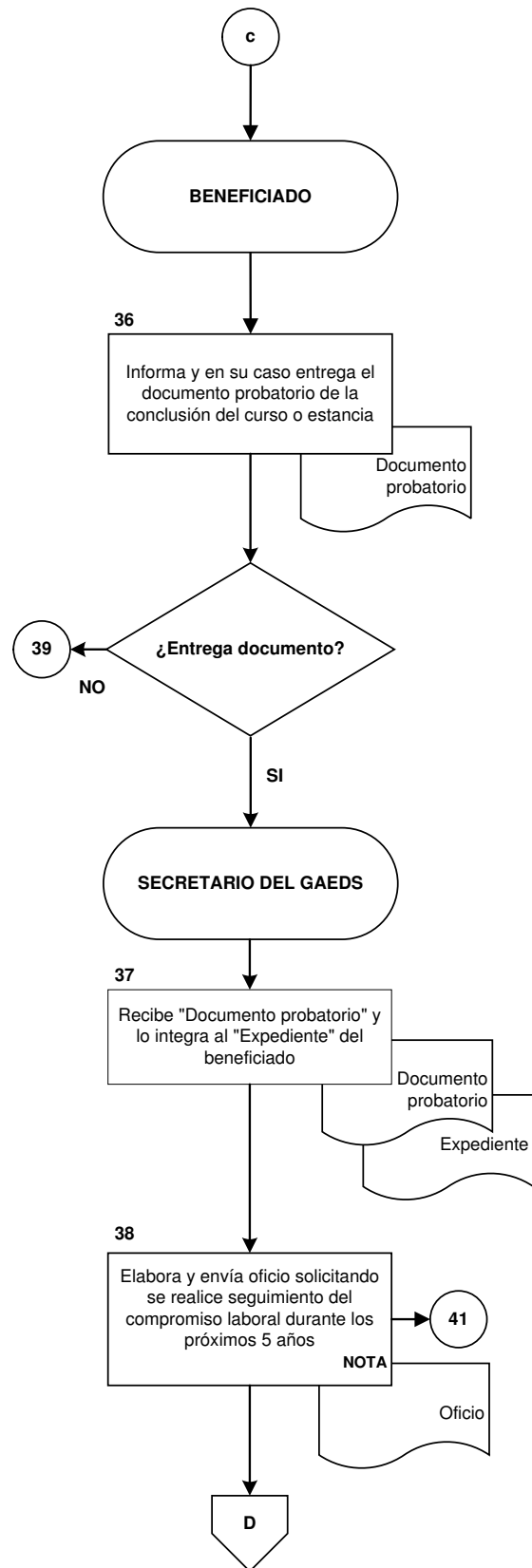
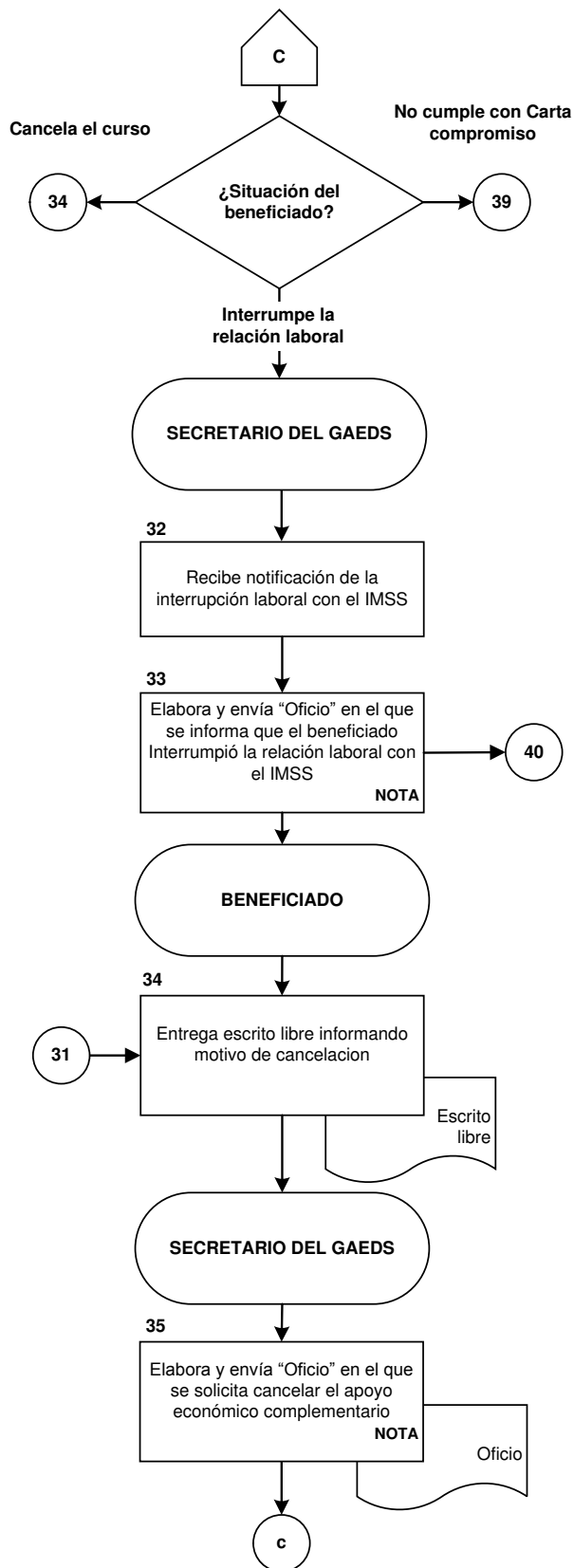


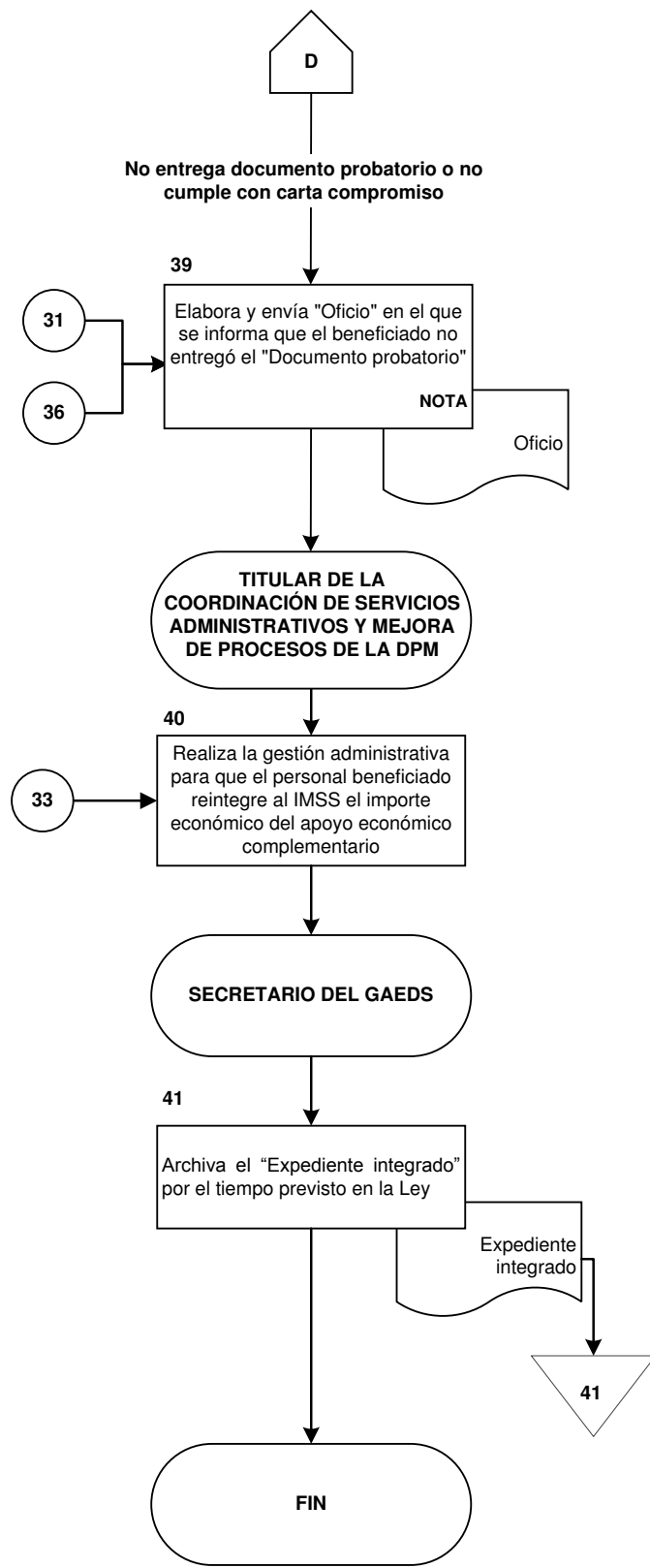
7. Diagrama de Flujo













ANEXO 1

**Convocatoria
2530-009-001**



ANEXO 1
Convocatoria (2530-009-001)

Bases y requisitos para otorgar el apoyo económico complementario al personal del área de la salud para realizar cursos o estancias clínicas o de investigación

La Dirección de Prestaciones Médicas, a través de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud y de las Coordinaciones de Educación en Salud y de Investigación en Salud, en colaboración con la Coordinación de Servicios Administrativos y Mejora de Procesos:

CONVOCAN

Al personal del Área de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con contratación base, confianza y Estatuto A, que desee solicitar apoyo económico complementario a su salario institucional, para efectuar cursos o estancias clínicas o de investigación, en las áreas estratégicas establecidas por la Dirección de Prestaciones Médicas.

1. BASES

El apoyo económico complementario cubrirá cursos o estancias clínicas con duración hasta por 22 meses (personal del confianza y estatuto A) ó 24 meses (personal del base) divididos en dos periodos iguales, sin opción a prórroga.

En el caso que el solicitante cuente con apoyo o beca emitida por otras instituciones, es causal para emitir dictamen de negativa.

Se recibirán solicitudes a partir de la fecha de publicación de la convocatoria y hasta el último día hábil de noviembre del año de publicación de la convocatoria, o cuando se agote la disponibilidad presupuestaria.

El apoyo lo determinará el Grupo de Análisis, Evaluación y Dictamen de Solicitudes (GAEDS) considerando aspectos como la duración del curso o estancia, el destino del mismo, la disponibilidad presupuestal y un monto máximo.

2. REQUISITOS

El personal interesado deberá entregar la siguiente documentación con un mes de anticipación a la fecha de inicio del curso o estancia.

1. Carta de Motivos en la que el solicitante exprese su interés en realizar un curso o estancia clínica o de investigación, la forma en que multiplicará el conocimiento a su reincorporación al IMSS y el beneficio que espera en la atención a la salud de la población, en la investigación científica o en la dirección y/o administración de

2530-009-001



servicios de salud. La carta deberá incluir una tabla de estimación de conceptos y costos que tenga previsto cubrir con el apoyo económico complementario, e informar si cuenta con apoyo o beca de alguna institución nacional o internacional, el monto y los rubros que se considere solventar con la última.

2. Oficio de apoyo firmado por su superior jerárquico y/o el titular del área normativa, unidad de adscripción o Centro o Unidad de Investigación respectiva. En dicho oficio debe quedar de manifiesto que se tiene conocimiento del procedimiento que regula la entrega de apoyo económico complementario al personal del área de la salud para realizar cursos o estancias clínicas o de investigación, y en particular del seguimiento a la "Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario".
3. Documento oficial de aceptación al curso o estancia.
4. Programa académico del curso o estancia en español o inglés, que establezca la duración.
5. Documento oficial de la institución sede que indique, en su caso, el costo del curso o estancia.
6. Copia del último comprobante de pago del IMSS.
7. Carta compromiso en la que el solicitante se obliga a cumplir toda la normatividad institucional, a mantener la relación contractual con el IMSS por un período mínimo de cinco años y durante este tiempo aplicar las habilidades y destrezas desarrolladas en el curso o estancia, a llevar a cabo las actividades de manera responsable, ética e íntegra, a utilizar el apoyo económico complementario con eficiencia, eficacia y honradez, a adquirir un seguro de gastos médicos y a entregar la constancia oficial de terminación del curso o estancia.
8. Solicitud o dictamen de beca (personal de base) o permiso académico (personal de confianza y Estatuto A) con sello de recibido por la unidad de adscripción.

Los expedientes se recibirán en la Coordinación de Educación en Salud y en la Coordinación de Investigación en Salud, a partir de la publicación y hasta el último día hábil de noviembre del año de publicación de la Convocatoria.

3. RESULTADOS

El resultado del dictamen se dará a conocer al interesado mediante oficio emitido por el GAEDS y enviado por correo electrónico; posteriormente se publicará su nombre en la lista de beneficiarios de esta convocatoria, en la página de internet: <http://educacionensalud.imss.gob.mx>

Los casos no previstos en la presente Convocatoria serán resueltos por el GAEDS.

2530-009-001



Los aspirantes podrán obtener mayor información en los sitios <http://educacionensalud.imss.gob.mx> y <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/investigacion>

Fecha y lugar de emisión.

**Titular de la Unidad de Educación, Investigación
y Políticas de Salud**

**Titular de la Coordinación de Educación
en Salud**

**Titular de la Coordinación de
Investigación en Salud**

2530-009-001



ANEXO 2

Solicitud de Apoyo Económico Complementario
2530-009-002



SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO COMPLEMENTARIO

Primera vez

Subsecuente

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: _____
Matrícula: _____ Adscripción: _____
Antigüedad en el IMSS: _____ Categoría contractual: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Último grado de estudios: _____

DATOS DEL CURSO O ESTANCIA CLÍNICA O DE INVESTIGACIÓN

Nombre del curso o estancia clínica o de investigación: _____
Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____
Institución en la que se realizará: _____
Sede del curso o estancia clínica o de investigación: _____
Ciudad: _____ País: _____
Motivos para realizar el curso o estancia clínica o de investigación: _____

Fecha y lugar _____

Nombre y firma del solicitante



ANEXO 2
Solicitud de Apoyo Económico Complementario

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Solicitud subsecuente o de primera vez	Escriba una "X" en la celda que corresponda, primera vez o subsecuente.
2	Nombre	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente.
3	Matrícula	Escriba la matrícula como trabajador de base, confianza o Estatuto A.
4	Adscripción	Escriba el nombre de la coordinación normativa, o Centro o Unidad de Investigación, o de la unidad médica del primer, segundo o tercer nivel de atención en donde está adscrito.
5	Antigüedad en el IMSS	Escriba con número la cantidad de años de antigüedad que aparece en el último tarjetón de pago institucional.
6	Categoría contractual	Escriba el nombre de la categoría contractual en el IMSS.
7	Teléfono	Número de teléfono en el que se le pueda localizar directamente.
8	Correo electrónico	Correo electrónico personal.
9	Último grado de estudios	Escriba el último grado de estudios cursado.
10	Nombre del curso o estancia	Escriba el nombre del curso o estancia a realizar.
11	fecha de inicio	Escriba la fecha en la que inicia el curso o estancia a realizar.
12	fecha de término	Escriba la fecha en la que concluye el curso o estancia a realizar.

2530-009-002



ANEXO 2
Solicitud de Apoyo Económico Complementario

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Institución en la que se realizará	Escriba el nombre de la Institución en la que se realizará el curso o estancia.
14	Sede del curso o estancia	Escriba el nombre del lugar donde se realizará el curso o estancia.
15	Ciudad	Escriba el nombre de la ciudad a la que acudirá a realizar el curso o estancia.
16	País	Escriba el nombre del país al que acudirá a realizar el curso o estancia.
17	Motivos	Escriba los motivos por los que realizará el curso o estancia y de qué manera repercutirá al Instituto, a la población derechohabiente y al área de desempeño laboral.
18	Fecha y lugar	Escriba en el formato día/mes/año. Ejemplo: 01/01/2018 y el lugar en el que se realiza.
19	Nombre y firma	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente y la firma autógrafa.

2530-009-002






ANEXO 3

Solicitud de Permiso Académico
2530-009-003



ANEXO 3
Solicitud de Permiso Académico

 	DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD	 1
fecha: _____		
SOLICITUD DE PERMISO ACADEMICO		
Marque con una "X" su adscripción 2		
UNIDAD MEDICA <input type="checkbox"/>	DELEGACION <input type="checkbox"/>	COORDINACION NORMATIVA <input type="checkbox"/>
DATOS DEL TRABAJADOR		
3 NOMBRE _____ <small>nombre(s) / apellido paterno apellido materno</small>	4 MATRICULA _____ 6	
5 DELEGACION _____	7 ADSCRIPCION _____	
NOMBRE DE LA CATEGORIA O CARGO: _____		
DATOS DEL CURSO O ESTANCIA		
NOMBRE _____		
INSTITUCIÓN _____		
8 9 10 SEDE DEL CURSO _____	11 12 FECHA INICIO _____ FECHA DE TERMINO _____	
13 _____ nombre y firma del trabajador		
PERSONAL QUE AUTORIZA		
personal adscrito a unidad medica de primer, segundo y tercer nivel de atención Coordinador de Planeación y Enlace Institucional 14	personal adscrito a delegación Jefe de los Servicios de Prestaciones Médicas	Personal adscrito a una Coordinación Normativa Titular de la Coordinación Normativa 15
nombre, cargo y firma del Jefe Inmediato Superior	nombre, cargo y firma de quien Autoriza	

2530-009-003



ANEXO 3
Solicitud de Permiso Académico

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Escriba en el formato día/mes/año. Ejemplo: 01/01/2018.
2	Marque con una "X" su adscripción	Escriba una "X" en la celda que corresponda de acuerdo a la adscripción del trabajador: Unidad médica, hace referencia a las unidades del primer, segundo y tercer nivel de atención, Delegación, al personal adscrito a la misma y Coordinación Normativa, referente al personal de nivel central.
3	Nombre	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente.
4	Matrícula	Escriba la matrícula como trabajador de base, confianza o Estatuto A.
5	Delegación	Escriba el nombre de la Delegación a la que corresponda su adscripción, cuando amerite.
6	Adscripción	Escriba el nombre y número de la unidad médica o el nombre de la delegación o el nombre de la coordinación normativa.
7	Nombre de la categoría o cargo	Escriba el nombre de la categoría contractual o el cargo como funcionario del IMSS.
8	Nombre	Escriba el nombre del curso o estancia clínica o de investigación.
9	Institución	Escriba el nombre de la Institución en la que se realizará el curso o estancia clínica o de investigación.
10	Sede del curso	Escriba el nombre del lugar donde se realizará el curso o estancia clínica o de investigación.



ANEXO 3
Solicitud de Permiso Académico

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
11	Fecha de inicio	Escriba la fecha en la que inicia el curso o estancia clínica o de investigación.
12	Fecha de término	Escriba la fecha en la que concluye el curso o estancia clínica o de investigación.
13	Nombre y firma del trabajador	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente y la firma autógrafa.
14	Nombre, cargo y firma del jefe inmediato superior	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, cargo, y firma autógrafa del jefe inmediato superior.
15	Nombre, cargo y firma de quien autoriza	Escriba el nombre, empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, cargo, y firma autógrafa de quien autoriza.

2530-009-003



ANEXO 4

**Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario
2530-009-004**



ANEXO 4

Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud

CARTA COMPROMISO
PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR EL APOYO ECONÓMICO COMPLEMENTARIO AL PERSONAL DEL
ÁREA DE LA SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA REALIZAR CURSOS O
ESTANCIAS CLÍNICAS O DE INVESTIGACIÓN

Dr. _____ (2) Fecha: _____ (1)
Titular:
Dirección de Prestaciones Médicas
Presente

Quien suscribe _____ (3) con
matrícula _____ (4), adscrito a _____ (5)
ACEPTO apegarme a las disposiciones institucionales y a las condiciones en que se me ha
autorizado el apoyo económico complementario para realizar un curso o estancia clínica o
de investigación y en caso que sean solicitados, enviar o entregar por escrito, informes
parciales o informe final sobre las actividades realizadas durante el curso o estancia clínica
o de investigación, con el aval del profesor del curso.

En el caso de incumplir con las disposiciones institucionales o con las condiciones de
autorización del apoyo o con la presentación de los informes que me solicitasen, acepto
que en forma inmediata se suspenda y se cancele el apoyo económico otorgado. En caso
de renunciar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no asistir o cancelar mi
asistencia al curso o estancia clínica o de investigación por motivos personales, acepto
devolver en una sola exhibición el importe del apoyo económico recibido hasta la fecha de
mi renuncia, inasistencia o cancelación.

Entiendo que el curso o estancia clínica o de investigación es por un periodo
improrrogable y sin posibilidad de cambiar de sede, el cual se realizará en:

País _____ (6) Institución _____ (7)
Sede: _____ (8)
Nombre del curso _____ (9) estancia clínica o de investigación:
Fecha de inicio: _____ (10) Fecha de término: _____ (11)

Cuando concluya el curso o estancia clínica o de investigación, objeto del apoyo
económico complementario, ME COMPROMETO a:

Entregar copia fotostática de la constancia de conclusión del curso o estancia
clínica o de investigación.

(12)





ANEXO 4

Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	Escriba en el formato día/mes/año. Ejemplo: 01/01/2018.
2	Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, del Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.
3	El que suscribe	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente.
4	Matricula	Escriba la matrícula como trabajador de base, confianza o Estatuto A.
5	Adscrito	Escriba el nombre de la coordinación normativa, o Centro o Unidad de Investigación, o de la unidad médica del primer, segundo o tercer nivel de atención en donde está adscrito.
6	País	Escriba el nombre del país al que acudirá a realizar el curso o estancia clínica o de investigación.
7	Institución	Escriba el nombre de la Institución en la que se realizará el curso o estancia clínica o de investigación.
8	Sede	Escriba el nombre de la sede en el extranjero en la que se realizará el curso o estancia.
9	Nombre del curso o estancia	Escriba el nombre del curso o estancia clínica o de investigación.
10	Fecha de inicio	Escriba la fecha en la que inicia el curso o estancia clínica o de investigación.
11	Fecha de término	Escriba la fecha en la que concluye el curso o estancia clínica o de investigación.

2530-009-004



ANEXO 4

Carta compromiso para recibir el apoyo económico complementario

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Nombre y firma del solicitante	Escriba empezando por nombre(s), apellido paterno y apellido materno, tal como se encuentra en la identificación oficial vigente y la firma autógrafa.

2530-009-004