



CARTA COMPROMISO BENEFICIARIA



Colima, Col., a ___ de _____ 2019

PROF. JAIME FLORES MERLO
SECRETARIO DE EDUCACIÓN Y DIRECTOR GENERAL DE LA COORDINACIÓN DE
LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DEL ESTADO DE COLIMA.
PRESENTE.-

La que suscribe _____ del municipio de _____, declaro que toda la información proporcionada en la “Solicitud de incorporación a Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas, y documentación anexa es fidedigna y que con motivo de que dicha beca me fue otorgada, me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones:

- a) Asistir a clases o a las asesorías académicas, según sea el caso
- b) Aprobar el grado o nivel en el que estoy inscrita en el sistema escolarizado.
- c) Para el caso del sistema no escolarizado o mixto:
-Acreditar los módulos del nivel inicial (alfabetización), de acuerdo a la siguiente tabla:

De 6 a 8 meses	Módulo “La Palabra”
De 2 a 3 meses	Módulo “Para Empezar”
De 3 a 6 meses	Módulo “Matemáticas para Empezar”

-Acreditar los módulos del nivel intermedio (primaria) o avanzado (secundaria) de acuerdo a la siguiente tabla:

10 meses	Cuatro módulos
De 8 a 9 meses	Tres módulos
De 4 a 7 meses	Dos módulos
Menos de 4 meses	Un módulo

- d) Informar a la coordinación estatal de la beca sobre mi avance académico.



- e) Informar por escrito en formato libre, a la coordinación estatal de la beca sobre cualquier cambio de domicilio o de número telefónico a fin de poder ubicarme para fines administrativos, dicha notificación deberá realizarla dentro de los 30 días naturales siguientes al cambio de domicilio.
- f) Informar por escrito en formato libre, a la autoridad educativa local dentro de los 30 días naturales siguiente, cualquier cambio de la modalidad educativa en la que estoy inscrita, para fines administrativos y de seguimiento académico.
- g) De encontrarme embarazada informaré a la autoridad educativa local, mediante una constancia médica en hoja membretada que contenga mi nombre, la fecha probable de alumbramiento, el periodo de incapacidad necesario (máximo 40 días naturales), de acuerdo al trámite con homoclave SEP-23-012 "Aviso de incapacidad médica por alumbramiento" publicado en la página electrónica: <http://www.gob.mx/cntse-rfts/ficha/tecnica/SEP-23-012>.
- h) Informar en caso del fallecimiento de mi hijo/a (cuando únicamente tenga un/a hijo/a), entregando copia del acta de defunción.
- i) Colaborar con las autoridades educativas locales y la SEP, cuando requieran información sobre mi participación en la beca.
- j) Participar en actividades complementarias de salud, capacitación y culturales, entre otras, que como parte de mi formación integral, se promuevan en la entidad federativa.
- k) Tramitar mi cartilla de salud ante cualquier institución de salud pública de la entidad federativa, en la que realizo mis estudios.
- l) Asistir periódicamente a citas médicas de revisión en una institución de salud pública.
- m) Informar a la autoridad educativa local y a las instituciones bancarias a través de las que se recibe la beca correspondientes, vía un escrito libre, en un máximo de cinco días hábiles, cuando ocurra el robo, pérdida o extravío del cheque o tarjeta de débito mediante el cual me entregan la beca, así como el acta levantada ante el Ministerio Público o autoridad local, para inutilizar el medio de pago. De conformidad con el trámite con homoclave SEP-23-010 "Aviso de pérdida, robo o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entrega la beca" publicado en la página electrónica: <http://www.gob.mx/cntse-rfts/ficha/SEP-23-010>.
- n) Participar en las actividades de Contraloría Social que determine la Autoridad Educativa Local.

(Nombre y firma de la becaria)

C.c.p. Autoridad Educativa Local
Instancia Responsable de la beca en el Estado



Colima, Col., a ___ de ___ 2019

**COMITÉ DE BECAS ESTATAL
DEL PROGRAMA DE BECA DE APOYO A LA EDUCACIÓN
BÁSICA DE MADRES JÓVENES Y JÓVENES EMBARAZADAS.
PRESENTE.-**

La que suscribe _____, manifiesto bajo protesta de decir verdad que no cuento con documentación que permita avalar los ingresos mensuales para mi sostenimiento, debido a que: _____

Los ingresos económicos mensuales familiares ascienden a \$ _____

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA