

Solicitud de Beca Académica de Médico Cirujano UDLAP

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

Los interesados en aplicar a una Beca Institucional UDLAP deberán conocer y aceptar las disposiciones contenidas en el [Aviso de Privacidad de la UDLAP](#), los lineamientos generales de las Becas, así como los lineamientos específicos, alcances, beneficios y obligaciones de la Beca Institucional de su interés.

Los datos personales, información y documentación que conforman la presente solicitud serán tratados conforme a lo establecido en el Aviso de Privacidad de la UDLAP y utilizados solamente con la finalidad de efectuar el estudio socioeconómico e integrar el expediente de beca, y en los casos de otorgamiento de beca, para la prestación de los servicios educativos correspondientes, por lo que no se les dará uso distinto al aquí establecido sin el previo consentimiento expreso y por escrito del titular de los mismos. Asimismo, el titular acepta que los documentos entregados, bajo ninguna circunstancia podrán ser devueltos ni utilizados para otro trámite. En caso de ser beneficiado y no realizar el proceso de inscripción, su trámite será cancelado conforme a la vigencia establecida por la UDLAP, debiendo realizarlo nuevamente en caso de solicitar el beneficio para su inscripción posterior.

Es importante destacar que la aceptación de esta solicitud es sólo parte del trámite y en ningún momento obliga a la Universidad de las Américas Puebla a conceder algún apoyo.

REQUISITOS ACADÉMICOS ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

Promedio mínimo acumulado obtenido en grado inmediato anterior de 8.0
Aprobar el examen de nuevo ingreso

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE

1. Obtener el número de estudiante UDLAP, realizando el proceso de admisión en Servicios Escolares.
2. Llenar completamente esta solicitud, **anexar la constancia con promedio acumulado** expedida por su preparatoria.
3. Llenar, firmar Carta petición de Beca y Lineamientos específicos de la Beca Académica de Médico Cirujano UDLAP. www.udlap.mx/becas
4. Entregar los documentos anteriores (puntos 2 y 3) en Servicios Escolares (Edificio 1-102).
Horario: lunes a viernes de 8:30 a 17:00 hrs.
Teléfono: (222) 229 27 02
Lada sin costo: 01 800 227 74 00
Correo electrónico: informacion.beca@udlap.mx

Para estudiantes foráneos, enviar los documentos vía mensajería a la dirección:
Universidad de las Américas Puebla
Departamento de Becas
Edificio 1, Oficina 219
Santa Catarina Mártir, Cholula, Puebla, C.P. 72820

Nota: el trámite de solicitud de beca no garantiza su otorgamiento ya que la misma se encuentra sujeta a la valoración correspondiente por parte de la UDLAP.

LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO
DATOS DEL SOLICITANTE

Pegue aquí su fotografía
No escaneada, ni copia
fotostática

_____ Apellido paterno, materno, nombre (s)

_____ Estado civil

_____ Fecha de nacimiento

_____ Correo electrónico

_____ Semestre a cursar

Periodo para el que solicita la beca: Primavera Otoño Año _____

_____ Número de estudiante UDLAP
(Lo obtiene al realizar el trámite de admisión)

Dirección permanente (casa familiar)

_____ Calle y número

_____ C.P.

_____ Colonia

_____ Ciudad y estado

_____ Teléfono celular del solicitante

_____ Teléfono local (incluyendo clave Lada)

Dirección en la que residirá el estudiante mientras realice sus estudios (dejar en blanco si aún no tiene).

_____ Calle y número

_____ C.P.

_____ Colonia

_____ Ciudad y estado

_____ Teléfono celular del solicitante

_____ Teléfono local (incluyendo clave Lada)

Sello de Becas

Uso exclusivo de Becas:

Promedio: _____ Puntaje ENI: _____ Convenio: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA

Nombre completo _____

Ciudad _____

Colegiatura anual _____

En caso de haber obtenido beca y/o financiamiento indicar el porcentaje y monto mensual del apoyo.

Oficial

Particular

Convenio UDLAP Sí

No

Promedio parcial _____

Promedio final (si ya lo tiene) _____

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Depende económicamente de:

Tutor

Padre

Madre

Si mismo

Otro

Número de dependientes económicos _____

Datos de quien depende económicamente (conforme a lo indicado en el punto anterior)

Nombre _____

Parentesco _____

Edad _____

Ocupación _____

\$
Ingresos Mensuales _____

\$
Egresos mensuales _____

Moneda: Pesos

Dólares

Otro, especifique: _____

Datos del cónyuge de quien depende económicamente

Nombre _____

Parentesco _____

Edad _____

Ocupación _____

\$
Ingresos Mensuales _____

\$
Egresos mensuales _____

Moneda: Pesos

Dólares

Otro, especifique: _____

HIJOS, HERMANOS U OTROS DEPENDIENTES ECONÓMICOS

1.

Nombre _____

Parentesco _____

Ocupación _____

2.

Nombre _____

Parentesco _____

Ocupación _____

3.

Nombre _____

Parentesco _____

Ocupación _____

4.

Nombre _____

Parentesco _____

Ocupación _____

Fecha (día / mes / año): ____ / ____ / ____

El (la) que suscribe _____ con I.D. número _____ en mi carácter de candidato a estudiante de la Universidad de las Américas Puebla, mediante el presente escrito expreso mi interés por solicitar el beneficio de una *Beca Académica de Médico Cirujano UDLAP* otorgada por la Universidad de las Américas Puebla para el periodo _____, para lo cual expreso en el presente acto que previamente he leído y acepto los lineamientos generales de las Becas, así como los lineamientos específicos, alcances, beneficios y obligaciones de la Beca Institucional de mi interés.

Con la firma del presente documento reconozco y acepto expresamente que conozco los términos del Aviso de Privacidad de la Universidad de las Américas Puebla (<http://www.udlap.mx/privacidad/>), por lo que:

- (i) Consiento que mis datos personales y/o patrimoniales, información y documentación que conforman la solicitud de beca que proporcione de forma voluntaria (los datos personales y/o patrimoniales, información y documentación del menor que conforman la solicitud de beca y que proporcione de forma voluntaria) sean utilizados solamente con la finalidad de integrar el expediente de beca, para la prestación de los servicios educativos correspondientes.
- (ii) Reconozco y autorizo que dichos datos sean transferidos a terceros, con la finalidad de que éstos puedan ser utilizados, de forma enunciativa más no limitativa, en la realización de estudios socio-económicos entre otros.
- (iii) Reconozco bajo protesta de decir verdad, que en los casos en los que en la presente solicitud se otorgan datos de terceros, tengo el consentimiento del titular para transferir sus datos personales, deslindando a la UDLAP de cualquier reclamación por parte de terceros respecto de dichos datos.

La UDLAP se compromete a no dar un uso distinto al aquí establecido sin mi previo consentimiento expreso y por escrito o sin el previo consentimiento expreso y por escrito del padre o tutor. Asimismo acepto que los documentos entregados, bajo ninguna circunstancia podrán ser devueltos ni utilizados para otro trámite. En caso de ser beneficiado y no realizar el proceso de inscripción, acepto que este trámite sea cancelado conforme a la vigencia establecida por la UDLAP, debiendo realizarlo nuevamente en caso de solicitar el beneficio para mi inscripción posterior.

Asimismo reconozco que la aceptación de esta solicitud es sólo parte del trámite y en ningún momento obliga a la Universidad de las Américas Puebla a conceder apoyo alguno.

Declaro que toda la información que se presenta en esta solicitud, es fidedigna. Asimismo acepto que en caso de ser aceptada mi solicitud por parte de la UDLAP me obligo a observar lo dispuesto en los Lineamientos de Becas correspondientes (<http://www.udlap.mx/becas>) y demás normatividad vigente en la Universidad de las Américas Puebla, por lo que reconozco y acepto que, en caso de incumplimiento a los compromisos aquí adquiridos, la Universidad de las Américas Puebla tendrá la facultad de cancelar definitivamente la Beca institucional que me fuera otorgada, sin que lo anterior genere ningún tipo de responsabilidad para ésta, no reservándome ningún derecho o reclamación en contra de la Universidad de las Américas Puebla.

Por último, manifiesto que no existe impedimento de ninguna naturaleza para la firma del presente escrito, por lo que no media error, dolo, mala fe, ni cualquier otro vicio del consentimiento.

Apellido paterno, materno, nombre (s) del candidato_____
Apellido paterno, materno, nombre (s) del padre, madre o tutor_____
Firma del candidato_____
Firma del padre, madre o tutor

Nota: en caso que el estudiante sea menor de edad favor de completar la carta petición con información del padre, madre o tutor.

La *Beca Académica Médico Cirujano UDLAP*, comprende un apoyo financiero del 30% para el plan de estudios de la *Licenciatura en Médico Cirujano* ofertada por la UDLAP; bajo las características y condiciones mencionadas en el presente documento:

La Beca Académica Médico Cirujano UDLAP aplica para:

- Estudiantes de nuevo ingreso
- El costo de colegiatura de cursos que sean parte integral del plan de estudios.

La Beca Académica Médico Cirujano UDLAP no aplica para:

- Cursos de interés particular, prerrequisitos, proyecto en proceso, talleres, ni cuotas adicionales (este renglón es explicativo más no limitativo).

Aspectos generales:

- El estudiante deberá ser aceptado en el plan de estudios de la *Licenciatura en Médico Cirujano* ofertado por la UDLAP y llevar a cabo los trámites de ingreso vigentes ante el Departamento de Servicios Escolares.
- El estudiante sólo podrá contar con un tipo de Beca Institucional y en el caso que solicitara un retiro definitivo en la UDLAP, renunciara a la beca o la perdiera por incumplimiento de requisitos, no podrá recuperarla ni obtener otra Beca Institucional.
- Para que los estudiantes lleven a cabo su inscripción en cada periodo escolar, no deberán tener adeudos de ningún tipo con la UDLAP (económico, documentos, entre otros).
- La Dirección Escolar validará los requisitos para mantener la beca, o bien cancelarla al final de cada periodo escolar.
- Es responsabilidad del Departamento de Becas la aplicación del beneficio de la *Beca Académica Médico Cirujano UDLAP*, así como la renovación en cada periodo escolar durante todo el plan de estudios elegido, siempre y cuando se cumplan los requisitos para conservarla.
- Es responsabilidad del estudiante con *Beca Académica Médico Cirujano UDLAP* prever la correcta aplicación de la beca en el estado de cuenta, ya que no habrá ajustes o aplicaciones retroactivas. En caso que el estudiante detecte algún error, deberá notificarlo al Departamento de Becas a más tardar el último día del periodo establecido para el primer pago diferido, de acuerdo a lo publicado en el calendario escolar.
- Los estudiantes, deberán conocer la normatividad académica y administrativa vigente en la UDLAP ya que están sujetos a las políticas y procedimientos aplicables, por lo que la Universidad se encuentra facultada para cancelar los beneficios siempre y cuando se incumpla gravemente a dicha normatividad.
- Es obligación del estudiante mantenerse informado a través de su correo electrónico institucional.
- Los estudiantes con la *Beca Académica Médico Cirujano UDLAP* deberá participar en las actividades que convoque la UDLAP, con la finalidad de difundir los beneficios.
- En ningún caso la UDLAP otorgará dinero al estudiante por concepto de la beca otorgada, ni ninguna otra forma de pago.

Requisitos para conservar la Beca Académica Médico Cirujano UDLAP:

- Estar inscrito en el plan de estudios de la Licenciatura en Médico Cirujano ofertado por la UDLAP, y cursarlo sin interrupciones, en caso de solicitar un retiro definitivo en la UDLAP, el beneficio se cancelará sin poderlo recuperar ni obtener otra Beca Institucional posteriormente.
- Los periodos escolares obligatorios son *Primavera* (enero-mayo) y *Otoño* (agosto - diciembre). En el periodo escolar de *Verano* (junio - julio) no existe un mínimo de unidades a inscribir, ya que no es un periodo obligatorio, sin embargo en caso de inscribirse, la *Beca Académica de Médico Cirujano* si será aplicada, siempre y cuando se cubran los requisitos establecidos en el presente documento.
- Obtener un **promedio mínimo acumulado** de siete punto cinco (**7.5**) en cada periodo académico.
- No realizar más movimientos académicos de los permitidos indicados en la siguiente tabla:

Bajas voluntarias (BV) y/o reprobadas	Retiro temporal
2	1

- En caso de haber realizado más movimientos de los permitidos, se le penalizará su Beca Académica Médico Cirujano UDLAP con un 10% menos a partir del siguiente periodo inscrito.
- Estar al corriente en los pagos por concepto de colegiaturas y cuotas, préstamos bibliotecarios, talleres y demás servicios adicionales con la UDLAP.
- Durante la vigencia del beneficio, deberá participar de forma anual en la venta de un talonario de boletos para el Sorteo UDLAP correspondiente.
- De no cumplir con alguno(s) de los puntos anteriores, la UDLAP podrá rescindir y dar por terminado anticipadamente la beca.
- Cualquier situación no prevista en el presente lineamiento será analizada y autorizada por el Comité de Becas o la persona que se designe, ingresando el trámite en el Módulo Becas del Departamento de Servicios Escolares ubicado en el edificio 1, oficina 102, o al correo electrónico informacion.beca@udlap.mx

Número de estudiante:	Nombre del estudiante:	Firma de aceptación