**FORMATO C**

**LISTADO INSTITUCIONAL DE PERSONAS POSTULANTES**

**AGREGAR NÚMERO DE OFICIO**

XXXX, Estado de México

XX de XXX de 2024

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y**

**FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL COMECYT**

**P R E S E N T E**

Con fundamento en lo establecido en el numeral *10* *Responsabilidades de las Instituciones de Salud Pública, incisos b y c)*, de las **Reglas de Operación del Programa Becas COMECYT Modalidad Posgrado, Ciencias de la Salud**; me permito enviar a usted la relación de las personas postulantes con la finalidad de solicitar su valioso apoyo para que sean presentados ante el Comité de Admisión y Seguimiento para su respectiva evaluación, dando fe de que la documentación ingresada en el sistema electrónico <http://intranet3.comecyt.edomex.gob.mx/becas/login>/login1 es copia fiel del expediente físico entregado en la institución a mi cargo, cumpliendo con los requisitos establecidos en la convocatoria de la Becas COMECYT, Modalidad Posgrado Ciencias de la Salud Primera Promoción 2024. En este tenor, en la tabla 1 se enlistan las personas postulantes.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. P | Folio | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) | Periodo escolar que cursa el postulante | Nombre del programa de estudios | Fecha de egreso de programa de estudios |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

Tabla 1 Listado institucional de personas postulantes

Asimismo, le informo que la relación de aspirantes en formato Excel (Anexo uno) y el presente oficio de postulación se remitieron debidamente requisitados al correo becas.comecyt@edomex.gob.mx. Es importante mencionar que en atención al numeral 10 de las Reglas de Operación del programa referido, esta institución se compromete a cumplir a cabalidad todas y cada una de las responsabilidades establecidas en dicho documento normativo

Finalmente, me permito informarle que he designado a la (el) *NOMBRE* quien funge como *CARGO EN LA INSTITUCIÓN* y será el responsable de llevar a cabo el seguimiento de los beneficiarios del Programa Becas COMECYT Modalidad Beca de Posgrado, Ciencias de la Salud, y cuyos datos de contacto son los siguientes: correo electrónico y número telefónico.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**

**DIRECTOR O TITULAR DE LA INSTITUCIÓN**

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

**Importante: El presente documento deberá tener la firma autógrafa de la persona titular y sello de la institución educativa. Finalmente, dicho documento tendrá que estar requisitado en papel membretado (utilizando el membrete propio de la institución).**