



Lista de Verificación
Relación de Documentos Entregados
PROGRAMA DE BECAS IFARHU-SENACYT
ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICAS EN ÁREAS PRIORITARIAS DEL SECTOR SALUD A
REALIZAR EN EL EXTRANJERO

Nombre: _____

Código BESM-2018-_____

1	Formulario de Solicitud Completo.	
2	Copia del Título Universitario en Medicina autenticado por el IFARHU.	
3	Copia de los Créditos Universitarios en los que se observe un índice académico mínimo de 1.8 en base a 3.0 o equivalente autenticados por el IFARHU.	
4	Copia del Certificado de Idoneidad Profesional emitido por el Consejo Técnico de Salud para ejercer Medicina y autenticado ante un Notario Público.	
5	Constancia de aprobación del examen general de residencias médicas aplicado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, independientemente de la vigencia del mismo.	
6	Constancia del proceso de admisión en el programa de estudio de la institución de salud en el extranjero.	
7	Carta (o certificación) firmada por el Presidente de la Sociedad Médica Panameña de la Especialidad o Subespecialidad correspondiente, la cual avale el programa académico a cursar en el extranjero.	
8	Copia de cédula de identidad personal.	
9	Hoja de vida.	
10	Paz y Salvo del IFARHU	
11	Formulario de Paz y Salvo de la SENACYT firmado.	
12	Ensayo en el que describa el impacto de sus estudios para el país.	
13	Tres (3) cartas de recomendación de profesionales o docentes del área de la salud.	
14	Formulario de presupuesto	
15	Declaración jurada firmada por el aspirante (que ha leído y comprendido el Reglamento de Becas).	
16	Certificación Médica de Buena Salud Física y de Salud Mental (realizado por psiquiatra), ambos por médicos idóneos del sistema público de salud.	

Los documentos deberán ser entregados en el idioma español o debidamente traducidos por Traductor Público Autorizado.

En caso de ser seleccionado, deberá iniciar sus estudios una vez se le notifique que ha sido refrendado su contrato por la Contraloría General de la República. En caso de continuación de estudios, los pagos iniciarán al refrendo de su contrato por parte de la Contraloría General de la República.

Recibió: _____

Fecha _____

Hora: _____

Presencial ___ Mail ___ CD ___