

## FORMATO DE CARTA COMPROMISO (BECARIAS)

Puebla, Pue., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

**C. PATRICIA G. VAZQUEZ DEL MERCADO HERRERA**  
**SECRETARA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE PUEBLA**  
**PRESENTE**

La que suscribe \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_, declaro que toda la información proporcionada en la "Solicitud de incorporación a la 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:

- Asistir a clases o a las asesorías académicas, según sea el caso
- Aprobar el grado o nivel en el que estoy inscrita en el sistema escolarizado.
- 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
- Informar a la coordinación estatal de la beca sobre mi avance académico.
- 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.
- Informar por escrito en formato libre, a la autoridad educativa local dentro de los 30 días naturales siguientes, cualquier cambio de la modalidad educativa en la que estoy inscrita, para fines administrativos y de seguimiento académico.
- De encontrarme embarazada informaré a la autoridad educativa local, mediante un escrito libre que avale mi incapacidad médica por un periodo máximo de 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>.
- Informar en caso del fallecimiento de mi hijo/a (cuando únicamente tenga un/a hijo/a), entregando copia del acta de defunción.
- Colaborar con las autoridades educativas locales y la SEP, cuando requieran información sobre mi participación en la beca.
- Participar en actividades complementarias de salud, capacitación y culturales, entre otras, que como parte de mi formación integral, se promuevan en la entidad federativa.
- Tramitar mi cartilla de salud ante cualquier institución de salud pública de la entidad federativa, en la que realizo mis estudios y asistir periódicamente a citas médicas de revisión en una institución de salud pública.
- Informar de inmediato y por cualquier medio a la autoridad educativa local y a las instituciones bancarias a través de las que se recibe la beca, el robo, pérdida o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entregan la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, así como el acta levantada ante el Ministerio Público o autoridad local. 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", para inutilizar el medio de pago.
- Participar en las actividades de Contraloría Social que determine la Autoridad Educativa Local.

\_\_\_\_\_  
(Nombre becaria)