



CONVENIO – BECA

“RESIDENTE”

LA PROVINCIA DE CORDOBA, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud, en virtud de la autorización conferida por Decreto N° del Poder Ejecutivo, por una parte, en adelante el “MINISTERIO” y el Sr/aD.N.I. N°por la otra, en adelante el “BECARIO”, se celebra el presente Convenio, bajo las siguientes cláusulas:--

PRIMERA: El MINISTERIO otorga al BECARIO/A: una beca en la categoría de RESIDENTE, para que cumpla con los objetivos del Programa de Capacitación correspondiente, en Regiones Sanitarias, Establecimientos Asistenciales de Salud, y/o Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, a los cuales se le asignen y en la Residencia de a cumplirse en Establecimientos de Salud..... y/o Centros de Salud a partir del día .../.../..., por el período de un 1 (un) año, el que podrá ser renovado por igual período y hasta completar el Programa de Capacitación, si aprobara las evaluaciones previstas de acuerdo a las pautas fijadas por la Autoridad de Aplicación.-----

SEGUNDA: El “BECARIO” percibirá mensualmente en concepto de beca la suma de \$..... (PESOS.....). Asimismo el “BECARIO” recibirá un premio estímulo con los haberes de junio y diciembre de cada año, equivalente al 50% del monto que percibe en concepto precitado, siendo requisito para la percepción haber cumplido con las actividades de capacitación durante los seis (6) meses del semestre respectivo. En caso que no hubiera cumplido con dichas actividades durante la totalidad del periodo señalado, el premio estímulo se liquidará proporcional al menor tiempo transcurrido en capacitación.-----

TERCERA: El BECARIO se somete a las disposiciones contenidas en la Reglamentación vigente, mientras dure el presente Convenio, obligándose a cumplir -durante todo el tiempo de duración de la Residencia respectiva- un Régimen de actividad profesional con dedicación exclusiva, dejándose establecido que dicho régimen está dirigido a una mayor capacitación que de modo alguno justifica derecho a bonificación adicional. El BECARIO asume el compromiso -por el plazo de 1 (un) año contado a partir de la finalización de la Residencia- de realizar tareas asistenciales, conforme a las demandas del Sistema de Salud declaradas por Disposición Ministerial.-----

CUARTA: El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio con una notificación previa al BECARIO, en forma fehaciente, practicada con una antelación de treinta (30) días corridos. Este derecho podrá ser ejercido en cualquier tiempo de la vigencia de este convenio, y, cumplido en la forma prevista, no generará indemnización ni compensación alguna.-----

QUINTA: El BECARIO queda afiliado a la Obra Social Apross (Administración Provincial del Seguro de Salud).-----

SEXTA: El BECARIO acepta la Beca comprometiéndose a cumplir con todas y cada una de las cláusulas antes especificadas, fijando domicilio en en prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto en la Ciudad de Córdoba a los días del mes de..... de 20.....-----

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Ministro de Salud

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD

Departamento
Protocolización
Anexo
Ley
Decreto ... 621 ...
Convenio
Fecha: 17 JUN 2015



CONVENIO – BECA

“JEFE DE RESIDENTES”

LA PROVINCIA DE CORDOBA, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud, en virtud de la autorización conferida por Decreto N° del Poder Ejecutivo, por una parte, en adelante el “MINISTERIO” y el Sr/a D.N.I. N° por la otra, en adelante el “BECARIO”, se celebra el presente Convenio, bajo las siguientes cláusulas:–

PRIMERA: El MINISTERIO otorga al BECARIO/A: una beca en la categoría de JEFE DE RESIDENTES, para que cumpla con los objetivos del Programa de Capacitación correspondiente, en Establecimientos Asistenciales de Salud y/o Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, a los cuales se le asignen y en la Residencia de a cumplirse en Establecimientos de Salud..... y/o Centros de Salud a partir del día .../.../..., por el período de un 1 (un) año. -----

SEGUNDA: El “BECARIO” percibirá mensualmente en concepto de beca la suma de \$..... (PESOS.....). Asimismo el “BECARIO” recibirá un premio estímulo con los haberes de junio y diciembre de cada año, equivalente al 50% del monto que percibe en concepto precitado, siendo requisito para la percepción haber cumplido con las actividades de capacitación durante los seis (6) meses del semestre respectivo. En caso que no hubiera cumplido con dichas actividades durante la totalidad del periodo señalado, el premio estímulo se liquidará proporcional al menor tiempo transcurrido en capacitación.-----

TERCERA: El BECARIO se somete a las disposiciones contenidas en la Reglamentación vigente, mientras dure el presente Convenio.-----

CUARTA: El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio con una notificación previa al BECARIO, en forma fehaciente, practicada con una antelación de treinta (30) días corridos. Este derecho podrá ser ejercido en cualquier tiempo de la vigencia de este convenio, y, cumplido en la forma prevista, no generará indemnización ni compensación alguna.-----

QUINTA: El BECARIO queda afiliado a la Obra Social Apross (Administración Provincial del Seguro de Salud).-----

SEXTA: El BECARIO acepta la Beca comprometiéndose a cumplir con todas y cada una de las cláusulas antes especificadas, fijando domicilio en en prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto en la Ciudad de Córdoba a los días del mes de de 20.....-----

Ministro de Salud

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD

Departamento
Protocolización
Anexo
Ley
Decreto 621
Convenio.....
Fecha: 17 JUN 2015



CONVENIO – BECA

“EX – RESIDENTE RADICADO”

LA PROVINCIA DE CORDOBA, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud, en virtud de la autorización conferida por Decreto N° del Poder Ejecutivo, por una parte, en adelante el “MINISTERIO” y el Sr/aD.N.I. N°por la otra, en adelante el “BECARIO”, se celebra el presente Convenio, bajo las siguientes cláusulas:--

PRIMERA: El MINISTERIO otorga al BECARIO/A:.....una beca en la categoría de EX – RESIDENTE RADICADO, para que cumpla con los objetivos del Programa de Capacitación correspondiente, en, Establecimientos Asistenciales de Salud y/o Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, a los cuales se le asignen y en la Residencia de a cumplirse en Establecimientos de Salud..... y/o Centros de Saluda partir del día .../.../..., por el período de un 1 (un) año.

SEGUNDA: El “BECARIO” percibirá mensualmente en concepto de beca la suma de \$..... (PESOS.....). Asimismo el “BECARIO” recibirá un premio estímulo con los haberes de junio y diciembre de cada año, equivalente al 50% del monto que percibe en concepto precitado, siendo requisito para la percepción haber cumplido con las actividades de capacitación durante los seis (6) meses del semestre respectivo. En caso que no hubiera cumplido con dichas actividades durante la totalidad del periodo señalado, el premio estímulo se liquidará proporcional al menor tiempo transcurrido en capacitación.....

TERCERA: El BECARIO se somete a las disposiciones contenidas en la Reglamentación vigente, mientras dure el presente Convenio.....

CUARTA: El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio con una notificación previa al BECARIO, en forma fehaciente, practicada con una antelación de treinta (30) días corridos. Este derecho podrá ser ejercido en cualquier tiempo de la vigencia de este convenio, y, cumplido en la forma prevista, no generará indemnización ni compensación alguna.....

QUINTA: El BECARIO queda afiliado a la Obra Social Apross (Administración Provincial del Seguro de Salud).....

SEXTA: El BECARIO acepta la Beca comprometiéndose a cumplir con todas y cada una de las cláusulas antes especificadas, fijando domicilio enen prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto en la Ciudad de Córdoba a losdías del mes de.....de 20.....

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Ministro de Salud

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD

Departamento
Protocolización
Anexo
Ley
Decreto ...621...
Convenio.....
Fecha: 17 JUN 2015



CONVENIO – BECA

“INSTRUCTOR DOCENTE”

LA PROVINCIA DE CORDOBA, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud, en virtud de la autorización conferida por Decreto N° del Poder Ejecutivo, por una parte, en adelante el “MINISTERIO” y el Sr/aD.N.I. N°por la otra, en adelante el “BECARIO”, se celebra el presente Convenio, bajo las siguientes cláusulas:--

PRIMERA: El MINISTERIO otorga al BECARIO/A: una beca en la categoría de INSTRUCTOR DOCENTE, para que cumpla con los objetivos del Programa de Capacitación correspondiente, en Establecimientos Asistenciales de Salud y/o Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud, a los cuales se le asignen y en la Residencia de a cumplirse en Establecimientos de Salud..... y/o Centros de Saluda partir del día/...../....., por el período de un 1 (un) año.

SEGUNDA: El “BECARIO” percibirá mensualmente en concepto de beca la suma de \$..... (PESOS.....). Asimismo el “BECARIO” recibirá un premio estímulo con los haberes de junio y diciembre de cada año, equivalente al 50% del monto que percibe en concepto precitado, siendo requisito para la percepción haber cumplido con las actividades de capacitación durante los seis (6) meses del semestre respectivo. En caso que no hubiera cumplido con dichas actividades durante la totalidad del periodo señalado, el premio estímulo se liquidará proporcional al menor tiempo transcurrido en capacitación.

TERCERA: El BECARIO se somete a las disposiciones contenidas en la Reglamentación vigente, mientras dure el presente Convenio.

CUARTA: El MINISTERIO podrá rescindir el presente convenio con una notificación previa al BECARIO, en forma fehaciente, practicada con una antelación de treinta (30) días corridos. Este derecho podrá ser ejercido en cualquier tiempo de la vigencia de este convenio, y, cumplido en la forma prevista, no generará indemnización ni compensación alguna.

QUINTA: El BECARIO queda afiliado a la Obra Social Apross (Administración Provincial del Seguro de Salud).

SEXTA: El BECARIO acepta la Beca comprometiéndose a cumplir con todas y cada una de las cláusulas antes especificadas, fijando domicilio enen prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a solo efecto en la Ciudad de Córdoba a los días del mes de de 20.....

Dr. SERGIO V. METREBIAN
DIRECTOR GENERAL
CAPACITACION Y FORMACION EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Ministro de Salud

Departamento
Protocolización
Anexo
Ley
Decreto 621
Convenio.....
Fecha: 17 JUN 2015

Dr. FRANCISCO JOSE FORTUNA
MINISTRO DE SALUD