

CARTA COMPROMISO

MOVILIDAD NACIONAL NIVEL LICENCIATURA

Formato 12d

Quien suscribe _____, alumno(a) de la Licenciatura en _____ con matrícula _____, manifiesto y acepto que:

1. Solicité la presente beca.
2. Cumpló con los requisitos que se indican en la convocatoria correspondiente.
3. Me será otorgada la beca por la cantidad de \$8,000.00 (OCHO MIL PESOS 00/100 M.N.), mensualmente y el apoyo para transportación aérea mediante reembolso hasta por \$6,000.00 (seis mil pesos 00/100 M.N) o terrestre, según corresponda, mediante reembolso presentando la documentación correspondiente.
4. Recibiré la beca hasta por cinco meses durante el periodo de _____ a _____ de 2015.
5. Derivado del otorgamiento de la beca adquiero los derechos y obligaciones siguientes:
 - a) Recibir el comunicado sobre la asignación de la beca.
 - b) Recibir el monto de la beca otorgada en tiempo y forma, siempre que cumpla con las obligaciones que tengo como alumno(a) de la Universidad Autónoma Metropolitana y lo señalado en la presente carta, salvo que por causas de incumplimiento se haya determinado su suspensión o cancelación.
 - c) En caso de cancelación, el Comité de Becas de Movilidad me informará por escrito sobre la causa de su decisión y las razones que la fundamentan.
 - d) Suscribir la documentación que formalice el otorgamiento de la beca.
 - e) Cumplir con lo establecido en el programa de estudios correspondiente y en la Legislación Universitaria de la Universidad Autónoma Metropolitana y de la Universidad receptora.
 - f) Informar sobre el desarrollo de mis estudios al Comité de Becas de Movilidad cuando éste lo solicite.
 - g) Cumplir con las obligaciones que se deriven de la documentación suscrita ante la Universidad Autónoma Metropolitana.
 - h) Las demás establecidas en las Reglas de Operación del Programa Nacional de Becas.
 - i) Para recibir el primer pago de la beca me comprometo a entregar al Área de Apoyo Académico de mi Unidad previo a mi viaje copia del comprobante del trámite de cambio de adscripción temporal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) u otra institución de salud pública por el tiempo de la estancia, o en su caso copia de la póliza del seguro médico válido en toda la República Mexicana, en la fecha que determine el Comité de Becas de Movilidad.
 - j) Para recibir el segundo pago me comprometo a enviar por correo electrónico al Área de Apoyo Académico de mi Unidad el **Certificado de Estancia de Movilidad Nacional** con la firma y sello correspondiente de la universidad receptora, en la fecha que determine el Comité de Becas de Movilidad.
6. Los casos no previstos se someterán a consideración del Comité de Becas de Movilidad.

FECHA DE ELABORACIÓN	DÍA	MES	AÑO

7. La beca podrá ser cancelada por cualquier de las siguientes causas:
- No cumplir con las obligaciones estipuladas en esta carta, en la convocatoria correspondiente o en las Reglas de Operación del Programa Nacional de Becas.
 - Ser suspendido(a) o perder la calidad de alumno por incumplimiento de la reglamentación aplicable.
 - Proporcionar información falsa o alterar algún documento que se establezca como requisito para el trámite de la beca.
 - Renunciar expresamente a la Universidad Autónoma Metropolitana.
 - Renunciar expresamente al beneficio de la beca o a la estancia de movilidad; para ello, se deberá anexar copia de identificación oficial.
 - Contar con algún otro beneficio económico o en especie otorgado para mi educación con el mismo fin al momento de solicitar la beca y durante el tiempo de su disfrute.
 - Haber incurrido con anterioridad en algún incumplimiento de sus obligaciones como becario(a) dentro de alguna de las becas de movilidad o haber renunciado a alguna de ellas.
 - Muerte del (la) becario(a).

El otorgamiento de la presente beca no establece una relación laboral con el beneficiario/a, por lo que en ningún caso consideraré a la Universidad Autónoma Metropolitana como patrón principal, solidario o sustituto, y no le presentaré reclamación alguna por este concepto.

Domicilio particular:

Calle _____ No. ext. ____ No. int. _____, Colonia
 _____ Delegación _____, C.P. _____,
 Ciudad _____ Teléfono particular _____, teléfono móvil
 _____ Correo electrónico _____

México Distrito Federal, a ____ de _____ de 2015.

BECARIO(A)
NOMBRE Y FIRMA

UAM
NOMBRE Y FIRMA