GUÍA PARA LA GESTIÓN DE BECAS MEDIANTE FINANCIAMIENTO PÚBLICO

ANEXO III
DOCUMENTOS MODELO

Índice

Introducción 4

Capítulo 1 - Concurso unificado

1. CON-MOD-01. Anexo para Resolución - Temas Priorizados 6
2. CON-MOD-02. Anexo para Resolución - Conformación de los Jurados 7
3. CON-MOD-03. Anexo para Resolución - Declaración de conflicto de interés de Jurado 9
4. CON-MOD-04. Modelo de Proyecto de Resolución de llamado a concurso (PRESO y RESOL) 10
5. CON-MOD-05. Modelo de informe dirigido a la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red (SSPSGER) 12
6. CON-MOD-06. Anexo para Disposición - Cronograma 13
7. CON-MOD-07. Modelo de Disposición para cronograma 14
8. CON-MOD-08. Modelo de lista de inscriptos/as para publicar en página web 16
9. CON-MOD-09. Modelo de actas de los jurados 18
10. CON-MOD-10. Modelo de orden de mérito para publicación en página web 20
11. CON-MOD-11. Modelo de orden de mérito para notificación de postulantes 21

Capítulo 2 - Otorgamiento de becas

1. OTO-MOD-01. Anexo para Resolución - Listado para designación 23
2. OTO-MOD-02. Modelo de CCOO - Informe para incompatibilidades 24
3. OTO-MOD-03. Modelo de Proyecto de Resolución de Otorgamiento de becas (PRESO y RESOL) 25
4. OTO-MOD-04. Modelo de informe para afectación presupuestaria 27
5. OTO-MOD-05. Modelo de informe dirigido a la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red (SSPSGER) 29

6. OTO-MOD-06. Modelo de nota para apertura de cuenta en Banco Ciudad 30
7. OTO-MOD-07. Modelo de autorización a Tesorería para depósito del estipendio para firma del banco. 31
8. OTO-MOD-08. Planilla modelo para la gestión de números de beneficiarios o entes 32
9. OTO-MOD-09. Modelo de nota para el giro documental a la Dirección General de Tesorería (DGTES) 33

Capítulo 3 - Desarrollo de becas

A. Devengado mensual

1. DES-MOD-01. Anexo para Disposición de devengado mensual 34
2. DES-MOD-02. Modelo de Disposición de devengado mensual 36
3. DES-MOD-03. Modelo de informe para DGADCYP 37

B. Informes cuatrimestrales

1. DES-MOD-04. Modelo de informe de evaluación, becas de investigación y salud pública. 38
2. DES-MOD-05. Modelo de informe de evaluación, becas de capacitación. 39

C. Imputación presupuestaria anual

1. DES-MOD-06. Modelo de informes para solicitud de afectación preventiva 40

Capítulo 4 - Prórroga de becas

1. PRO-MOD-01. Anexo para Resolución - Listado para prórroga. 41
2. PRO-MOD-02. Modelo de Proyecto de Resolución de Prórroga de becas de Capacitación (PRESO y RESOL) 42
3. PRO-MOD-03. Modelo de Proyecto de Resolución de Prórroga de becas de Investigación y Salud Pública (PRESO y RESOL) 44
4. PRO-MOD-04. Modelo de informe para solicitud de afectación presupuestaria para prórrogas. 46
5. PRO-MOD-05. Modelo de informe dirigido a la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red (SSPSGER) 47

Capítulo 5 - Finalización y certificación de becas

1. FIN-MOD-01. Modelo de Certificado de Finalización de beca 48
2. FIN-MOD-02. Modelo de encuesta de Finalización de beca de capacitación 49

Capítulo 6 - Actualización del monto de las becas

1. ACT-MOD-01. Modelo de informe para solicitud de afectación preventiva. 52
2. ACT-MOD-02. Anexo para el devengado de las diferencias 53
3. ACT-MOD-03. Modelos de Disposición para el devengado de las diferencias 54
4. ACT-MOD-04. Modelo de informe para DGADCYP 55

Introducción

El presente anexo de la Guía para la Gestión del Sistema de Becas mediante financiamiento público, contiene todos los documentos modelo para la ejecución de los diferentes procedimientos.

Está organizado en capítulos que corresponden a cada proceso. En la parte superior de los documentos modelo está indicado el nombre del organismo, el título del documento, el código, el número de versión y la fecha de vigencia.

La estructura de la codificación utilizada es la siguiente:

AAA-BBB-nn

En donde:

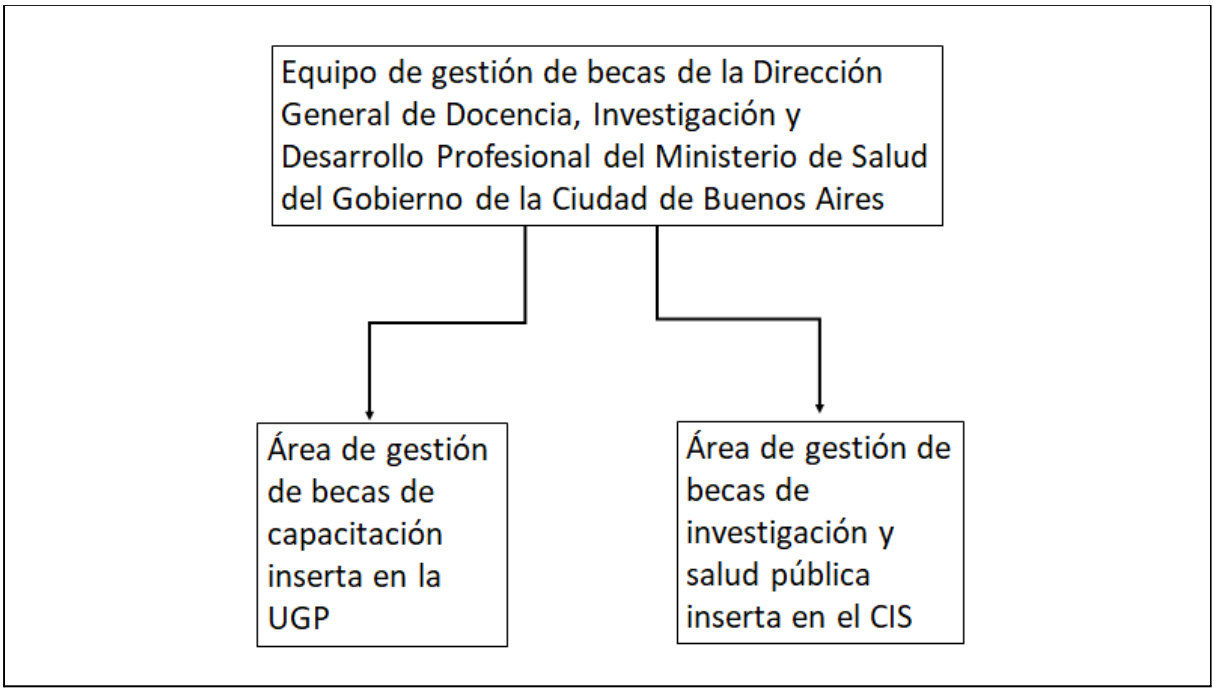
a. AAA son las letras que identifican el proceso
b. BBB son las letras que identifican el tipo de documento (en el caso de los documentos modelo se identifican por MOD)
c. nn es un número correlativo

Los códigos correspondientes a cada **proceso** son los siguientes:

PROCESO	CÓDIGO
Concurso	**CON**
Otorgamiento	**OTO**
Desarrollo	**DES**
Prórroga	**PRO**
Finalización	**FIN**
Actualización monto de becas	**ACT**

Los documentos están diseñados de manera de constituir un apoyo para la tarea del **Equipo de Gestión de Becas (EGB)** de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, que incluye dos áreas:

- **El Área de gestión de becas de capacitación (AGBC),** a cargo del equipo de becas de capacitación inserto en la Unidad de Gestión Pedagógica (UGP).
- **El Área de gestión de becas de investigación y salud pública (AGBISP),** inserta en el Consejo de Investigación en Salud (CIS)



Ambas áreas se organizan en función de tareas técnico profesionales y administrativas y cuentan, cada una, con apoyo contable y legal.

GCBA	**MSAL - DGDIYDP**	**ANEXO PARA RESOLUCIÓN - TEMAS PRIORIZADOS**	**Código: CON-MOD-01 Versión 01**
			Fecha: 15/10/2021

ANEXO I

Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública
Áreas temáticas priorizadas para concurso 20xx.

BECAS DE CAPACITACIÓN

Se otorgarán las becas priorizando los proyectos que se correspondan con las siguientes áreas temáticas: *(enumerar los temas priorizados)*

BECAS DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

Las áreas temáticas de investigación y salud pública priorizadas por el Ministerio de Salud para la actual convocatoria son las siguientes, no siendo las mismas excluyentes:*(enumerar los temas priorizados)*

ANEXO II

Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública
Conformación de los Jurados del Concurso 20xx

1. Para las Becas de Capacitación se define el siguiente jurado:

-Como representante del Ministerio de Salud: Dr/a. xxxxxxxxx (DNI Nº xxxxxx)

-Como representantes de la DGDIYDP: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

-Como representantes de CODEI: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

-Como jurados suplentes: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

2. Para las Becas de Investigación y Salud Pública se define el siguiente jurado::

-Como representante del Ministerio de Salud: Dr/a. xxxxxxxxx (DNI Nº xxxxxx)

-Como representantes de la DGDIYDP: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

-Como representantes de CODEI: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

-Como jurados suplentes: Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxxx) y Dr/a, Lic. xxxxxx (DNI N° xxxxx)

RECUSACIONES

Se podrán presentar, mediante nota firmada, enviada a la dirección de correo electrónico informada que corresponda, según tipo de beca, dentro de los dos días hábiles de la publicación de la Resolución de llamado a concurso.

Causales de recusación: parentesco por consanguinidad entre jurado y postulante; tener algún miembro del jurado pleito pendiente, enemistad o resentimiento que se manifieste por hechos conocidos con algún/a postulante; ser algún/a jurado acreedor/a, deudor/a o fiador/a de algún/a

postulante; haber recibido algún miembro del jurado beneficios de importancia de alguno/a de los/as postulantes; tener el jurado con alguno/a de los/as postulantes amistad que se manifieste por gran familiaridad o frecuencia en el trato.

EXCUSACIONES

Los integrantes de los Jurados completan la declaración de conflicto de interés / excusación dentro de los dos días hábiles de publicada la lista de inscriptos/as.

Causales de excusación: cualquier miembro del jurado que se hallare comprendido en alguna de las causas de recusación mencionadas, deberá excusarse. Asimismo, podrá hacerlo cuando existan otras causas que le impongan abstenerse de evaluar en el concurso, fundadas en motivos graves. Todos los miembros del jurado deberán presentar, dentro de las 48hs de publicado el listado de inscriptos, una declaración jurada de conflicto de interés conforme consta en Anexo III.

ANEXO III

Becas de Capacitación, Investigación y Salud Pública

Declaración de Conflicto de Interés de Jurado

Nombre y Apellido:

Cargo y lugar de trabajo:

En caso de presentar alguna de las siguientes causales de excusación respecto de los/las postulantes se solicita completar el siguiente listado:

Causales de excusación: parentesco por consanguinidad entre jurado y postulante; tener algún miembro del jurado pleito pendiente, enemistad o resentimiento que se manifieste por hechos conocidos con algún/a postulante; ser algún/a jurado acreedor/a, deudor/a o fiador/a de algún/a postulante; haber recibido algún miembro del jurado beneficios de importancia de alguno/a de los/as postulantes; tener el jurado con alguno/a de los/as postulantes amistad que se manifieste por gran familiaridad o frecuencia en el trato).

1. Apellido y nombre del/de la postulante: ……..

2. Apellido y nombre del/de la postulante: ……..

Declaro que, excepto lo consignado, no me encuentro incluido/a en ninguna de las causales de excusación respecto de los/as postulantes. Asimismo, declaro que no me encuentro en ninguna situación que afecte o pueda afectar mi objetividad o independencia para intervenir en el concurso de becas y evaluar a los/as postulantes.

Fecha:

Firma y Aclaración:

VISTO: La Ordenanza No 40.406 (texto consolidado por Ley N° 6.017), la Resolución N° 3124/MSGC/19 y el Expediente Electrónico EE-20xx-xxxxxxx-GCABA-DGDIYDP [*n° de expediente electrónico del llamado a concurso]*

CONSIDERANDO:

Que el régimen para el otorgamiento de las Becas de Capacitación, Becas de Salud Pública y Becas de Investigación del Gobierno de la Ciudad a través del Ministerio de Salud se encuentra contemplado en la Ordenanza N° 40.406 (texto consolidado por Ley N° 6.017);

Que el Artículo N° 3 del Anexo de la citada Ordenanza establece que el Ministerio de Salud llamará anualmente a concurso para otorgar dichas becas fijando el cupo y las áreas que juzgue necesarias;

Que la Resolución N° 3124/MSGC/19 aprobó el Reglamento de Concurso y Funcionamiento de las Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública;

Que el Artículo 3 de la mencionada Resolución delega en la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional la instrumentación de la modalidad operativa para el llamado a concurso y funcionamiento de las Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública;

Que, asimismo, el mencionado artículo prevé que la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional elevará las propuestas respectivas al Ministerio de Salud, con la suficiente antelación a dicho llamado a concurso;

Que la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional elevó la propuesta y propicia el llamado a concurso para otorgar N (num) Becas de Capacitación, N (num) Becas de Investigación y N (num) Becas de Salud Pública;

Que en el Anexo I de la mencionada Resolución se establece que el Jurado que intervendrá en la selección de los candidatos estará integrado por un (1) representante del Ministerio de Salud, que lo presidirá, dos (2) miembros de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional y dos (2) miembros de los Comités de Docencia e Investigación de los Hospitales, seleccionados por el Ministerio de Salud, así como por dos (2) miembros suplentes;

Que en el presupuesto del ejercicio en vigor se han previsto los recursos para afrontar los gastos que demande el llamado que se propicia por la presente;

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por el artículo 3 del Anexo de la Ordenanza N° 40.406 (texto consolidado por Ley N° 6.017);

EL/LA MINISTRO/A DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1°.- Llámase a concurso para profesionales a fin de otorgar N (num) Becas de Capacitación, N (num) Becas de Investigación y N (num) Becas de Salud Pública, a desarrollarse en reparticiones u organismos dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de acuerdo a lo establecido por la Ordenanza No 40.406 (texto consolidado por Ley N° 6.017) y Resolución N° 3124-MSGC/19, estableciendo los temas priorizados conforme lo detallado en el Anexo I (IF-20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP.

Artículo 2°.- Los gastos que demande el presente llamado a concurso serán imputados a las partidas presupuestarias de los ejercicios *[años correspondientes]*.

Artículo 3°.- Facúltase a la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional a dictar las normas operativas e interpretativas necesarias para hacer efectivo el llamado a concurso convocado por el artículo 1° de la presente.

Artículo 4°.- Desígnanse los jurados intervinientes y apruébase la modalidad de actuación, causales de recusación/excusación y declaración jurada de conflicto de interés, que como Anexo II (IF-20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP) y Anexo III (IF-20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP) forman parte integrante de la presente.

Artículo 5°.- Publíquese por dos (2) días en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y difúndase en los Comités de Docencia e Investigación, Comités de Ética en Investigación de los efectores dependientes del Ministerio de Salud y en la página Web de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. , para su conocimiento y demás efectos, remítase a la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

MOTIVO: S/Llamado a Concurso Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública 20xx.

SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN EN RED

Se envían los siguientes actuados por los que tramita el proyecto de Resolución del llamado a concurso de xxx (XX) Becas de Investigación, xxxx (XX) Becas de Capacitación y xxx (XX) Becas de Salud Pública, todo conforme Ordenanza N° 40.406, Resolución N° 3124/MSGC/19 y su respectivo Anexo I, para su intervención.

CRONOGRAMA CONCURSO
BECAS DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA 20XX

INSCRIPCIÓN *No se aceptarán inscripciones que presenten documentación incompleta y/o que no se adecuen a los modelos solicitados.		Virtual por correo electrónico Becas de Investigación y Salud Pública: consejoinvestigacion@buenosaires.gob.ar Becas de Capacitación: concursobecascapsalud@buenosaires.gob.ar Una vez cotejada la documentación se enviará una constancia de recepción y confirmación de inscripción por correo electrónico
PUBLICACIÓN INSCRIPTOS		Página web oficial de la DGDIYDP-GCABA
RECUSACIONES Y EXCUSACIONES		Por correo electrónico específico al tipo de beca, mediante nota firmada.
ACTUACIÓN DEL JURADO		Reservado
PUBLICACIÓN DE ORDEN DE MÉRITO		Página web oficial de la DGDIYDP-GCABA
NOTIFICACIÓN DE POSTULANTES		Por correo electrónico específico al tipo de beca.
INICIO BECAS		

VISTO: La Ordenanza Nº 40.406 (texto consolidado por Ley N° 5.666), la Resolución N° XXXX/MSGC/XX *[resolución de llamado a concurso]* y el Expediente Electrónico N° XXXXX/GCABA-DGDIYDP/20XX *[expediente llamado a concurso]*, y

CONSIDERANDO:

Que el régimen para el otorgamiento de becas de investigación por parte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través del Ministerio de Salud, se encuentra contemplado en la Ordenanza Nº 40.406 (texto consolidado por Ley N° 5.666);

Que el artículo 3º del Anexo de la citada ordenanza establece que la Secretaría de Salud, hoy Ministerio de Salud, llamará anualmente a concurso para otorgar becas fijando el cupo y las áreas que juzgue necesarias;

Que, en tal sentido, la Resolución N° XXXX/MSGC/XX llamó a concurso para profesionales a fin de otorgar becas de capacitación, investigación y salud pública a desarrollarse en reparticiones u organismos dependientes del Ministerio de Salud;

Que, asimismo, el artículo X° de la Resolución N° XXX/MSGC/XX *[resolución de llamado a concurso]* facultó a esta Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional a dictar el cronograma para hacer efectivo el llamado a concurso;

Que corresponde establecer el cronograma para el Concurso;

Por ello, en uso de las facultades conferidas por el artículo XX° de la Resolución N° XXX/MSGC/XX *[resolución de llamado a concurso]*

EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

DISPONE

Artículo 1°.- Establécese el Cronograma del Concurso de becas de capacitación, investigación y salud pública, llamado por Resolución N° XXX/MSGC/XX *[resolución de llamado a concurso]*, conforme el Anexo I (IF-20XX-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP) que forma parte integrante de la presente.

Artículo 2°.- Publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la página Web de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional.

LISTADO DE INSCRIPTOS

CONCURSO BECAS AÑO 20xx

Becas de Capacitación

Apellido y Nombre	DNI	CUIL	Profesión	Tïtulo del Proyecto	Tema priorizado	Anclaje

Becas de Investigación

Apellido y Nombre	DNI	CUIL	Profesión	Tïtulo del Proyecto	Director/a de la beca	Anclaje

Apellido y Nombre	DNI	CUIL	Profesión	Tïtulo del Proyecto	Director/a de la beca	Anclaje

Ciudad de Buenos Aires, …. de xxxxx de 20….

En el día de la fecha se llevó a cabo la reunión plenaria del jurado del concurso de becas de [*capacitación / investigación y salud pública*] de acuerdo al llamado realizado por Resolución N° xxx - MSGC - 20xx mediante la cual se convocó a cubrir N(num) vacantes.

Están presentes:

Como representante del Ministerio de Salud: [NyA] (DNI Nº …….)
Como representantes de la DGDIYDP: [NyA] (DNI Nº …….) [NyA] (DNI Nº ……)
Como representantes de CODEI: [NyA] (DNI Nº ……) [NyA] (DNI Nº …….)

El jurado llevó adelante su actuación conforme lo dispone el Anexo I de la Resolución 3124-MSGC/19, Reglamento de Concurso y Funcionamiento de Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública, Punto V, apartado "b".

Se evaluaron N (num) postulaciones en base a los antecedentes del/de la postulante, del Director/a *[si corresponde]* y el proyecto de beca, de acuerdo con la rúbrica refrendada por la Disposición N° DI-152-DGDIYDP/2021.

Cada postulación fue evaluada de manera independiente por dos integrantes del jurado. Para la obtención del puntaje final se obtuvo el promedio entre los puntajes totales de ambos evaluadores, cuando los mismos difirieron en menos de un 20%. En casos en que la discrepancia fue de 20% o más se evaluó en reunión plenaria.

Listado de inscriptos para becas de *(Capacitación / investigación / salud pública)*

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto

Como resultado de la presente reunión, se confecciona el siguiente orden de mérito

Orden de mérito de becas de capacitación:

Apellidos	Nombres	DNI	Título del proyecto	Puntaje CV	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**	Observaciones

Orden de mérito de becas de investigación / salud pública:

Apellidos	Nombres	DNI	Título del proyecto	Puntaje CV Postulante	Puntaje CV Director/a	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

ORDEN DE MÉRITO

CONCURSO UNIFICADO AÑO 20xx

Becas de Capacitación

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto	Puntaje CV	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

Becas de Salud Pública

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto	Puntaje CV postulante	Puntaje CV Director/a	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

Becas de Investigación

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto	Puntaje CV postulante	Puntaje CV Director/a	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

G O B I E R N O DE LA C I U D A D DE B U E N O S A I R E S
"20..... Año de……."

CONCURSO BECAS DE *[capacitación / investigación / salud pública*]
ACTA NOTIFICACIÓN ORDEN DE MÉRITO

Ciudad de Buenos Aires, ……. de …….. de…..

Por medio de la presente me notifico del orden de mérito elaborado como resultado del proceso de Concurso de Becas de *[capacitación / investigación / salud pública*], de acuerdo al llamado realizado por Resolución N° xxx - MSGC - 20xx mediante la cual se convocó a cubrir N(num) vacantes.

Considerando las excusaciones y no habiéndose registrado recusaciones [o de acuerdo con las recusaciones registradas, según corresponda], el jurado llevó adelante su reunión plenaria el día …….. todo conforme lo dispone el Anexo I, Reglamento de Concurso y Funcionamiento de Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública, Punto V, apartado "b".

Se evaluaron N (num) postulaciones en base a los antecedentes del/de la postulante, del/la Director/a de beca *[si corresponde]* y el proyecto de beca, de acuerdo con la rúbrica refrendada por la Disposición N° DI-152-DGDIYDP/2021, resultando el siguiente orden de mérito:

Orden de mérito de becas de capacitación:

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto	Puntaje CV	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

NOTA: El jurado podrá hacerle llegar oportunamente recomendaciones a las/os postulantes que sean designadas/os y al equipo Coordinador de Becas para ser consideradas en el seguimiento del desarrollo de los proyectos.

Becas de Investigación / Salud Pública

Apellidos	Nombres	DNI	Título proyecto	Puntaje CV postulante	Puntaje CV Director/a	Puntaje Proyecto	**Puntaje final**

NOTA: El jurado podrá hacerle llegar oportunamente recomendaciones a las/os postulantes que sean designadas/os y al equipo Coordinador de Becas para ser consideradas en el seguimiento del desarrollo de los proyectos.

Firma del/de la postulante
Aclaración:
DNI:

GCBA	**MSAL - DGDIYDP**	**ANEXO PARA RESOLUCIÓN - LISTADO PARA OTORGAMIENTO DE BECAS**	**Código: OTO-MOD-01 Versión 01**
			Fecha: 15/10/2021

ANEXO I

BECARIOS/AS DE CAPACITACIÓN

ÁREA DE ANCLAJE: *[sitio de realización del proyecto*]

TÍTULO DEL PROYECTO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA BECARIO/A:

DNI:

CUIT/CUIL:

BECARIOS/AS DE INVESTIGACIÓN

ÁREA DE ANCLAJE: *[sitio de realización del proyecto*]

TÍTULO DEL PROYECTO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA BECARIO/A:

DNI:

CUIT/CUIL:

BECARIOS/AS DE SALUD PÚBLICA

ÁREA DE ANCLAJE: *[sitio de realización del proyecto*]

TÍTULO DEL PROYECTO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA BECARIO/A:

DNI:

CUIT/CUIL:

MOTIVO: S / Incompatibilidad de cargos – Concurso Becas de Capacitación, Investigación y Salud Pública.

Dirección General Administración y Desarrollo de Recursos Humanos

Por expediente EX-20xx-xxxxxxxx -GCABA-DGDIYDP, tramitan las Becas de Capacitación, Investigación y Salud Pública, llamadas a concurso mediante la Resolución N° 20xx -xxxx - GCABA-MSGC.

Se remite la presente solicitando se expida acerca de las posibles incompatibilidades de acuerdo con cada tipo de beca (Ordenanza 40.406/84).

BECAS DE CAPACITACIÓN

APELLIDO	NOMBRE	DNI	CUIT

BECAS DE INVESTIGACIÓN

APELLIDO	NOMBRE	DNI	CUIT

BECAS DE SALUD PÚBLICA

APELLIDO	NOMBRE	DNI	CUIT

VISTO: La Ordenanza Nº 40.406 (texto consolidado por Ley N° 5.666), el Decreto Nº 505/11, la Resolución 3124/MSGC/19, la Resolución N° XXX/MSGC/XX *[reso llamado a concurso]*, y el Expediente Electrónico Nº EX-20XX-XXXXXXX--GCABA-DGDIYDP *[exp. de llamado a concurso*], y

CONSIDERANDO:

Que la Ordenanza Nº 40.406 (texto consolidado por Ley N° 5.666) aprueba el régimen para el otorgamiento de becas a profesionales de la medicina y ciencias afines, a llevarse a cabo en organismos dependientes del Ministerio de Salud;

Que el artículo 3 del Anexo de la citada Ordenanza establece que la entonces Secretaría de Salud, hoy Ministerio de Salud, llamará anualmente a concurso para otorgar becas fijando el cupo y las áreas que juzgue necesarias;

Que mediante Resolución N° 3124/MSGC/19 se aprobó el Reglamento de Concurso y Funcionamiento de Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública;

Que por Resolución N° XXXX/MSGC/XX se llamó a concurso de profesionales a fin de cubrir N (num) becas de Capacitación, N (num) becas de Investigación y N (num) becas de Salud Pública, a desarrollarse en reparticiones u organismos dependientes de este Ministerio de Salud, de acuerdo a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406;

Que se han presentado N (num) postulantes para Becas de Capacitación, N (num) postulantes para Becas de Investigación y N (num) postulantes para Becas de Salud Pública, con proyectos de alta calidad;

Que, habiéndose cumplido las distintas etapas del proceso concursal, se han confeccionado los Órdenes de Mérito para cada tipo de beca de los/as postulantes inscriptos/as de acuerdo a lo dictaminado por los Jurados;

Que los/as postulantes del orden de mérito definitivo cumplen con los requisitos para cubrir las vacantes en cuestión, por lo que a los efectos de posibilitar el otorgamiento de las becas, resulta necesario dictar la norma legal correspondiente;

Por ello, en uso de las atribuciones conferidas por el Decreto Nº 505/2011,

EL / LA MINISTRO/A DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1°.- Otórganse N (num) becas de Capacitación, por el período comprendido entre el xx de xxxxx de 20xx y el xx de xxxxx de 20xx, a profesionales, en distintas reparticiones dependientes del Ministerio de Salud, en las condiciones establecidas por la Ordenanza Nº 40.406, de acuerdo al

detalle que obra como Anexo I (IF-20XX-XXXXXX-DGDIYDP), el cual forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Otórganse N (num) Becas de Investigación, por el período comprendido entre el xx de xxxxx de 20xx y el xx de xxxxx de 20xx, a profesionales en distintas reparticiones dependientes del Ministerio de Salud, en las condiciones establecidas por la Ordenanza No 40.406 de acuerdo al detalle que obra como Anexo II (IF-20XX-XXXXXX-DGDIYDP), el cual forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Otórganse N (num) Becas de Salud Pública, por el período comprendido entre el xx de xxxxxx de 20xx y el xx de xxxxxx de 20xx a profesionales en distintas reparticiones dependientes del Ministerio de Salud, en las condiciones establecidas por la Ordenanza No 40.406, de acuerdo al detalle que obra como Anexo III (IF-20XX-XXXXXX-DGDIYDP), el cual forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 4°.- El monto mensual que dichos profesionales percibirán en concepto de Beca corresponde a lo establecido en el Anexo I, punto VII de la Resolución N° 3124/MSGC/2019.

Artículo 5°.- El gasto que demande el cumplimiento de lo dispuesto en los Artículos 1°, 2° y 3° encuentra reflejo presupuestario en el Programa 66, Actividad 34.000, Partida 5.1.3.2.

Artículo 6°.- Publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires y, para su conocimiento y demás efectos, pase a la Representación de la Contaduría General ante el Ministerio de Salud. Cumplido, archívese.

MOTIVO: s/ Afectación presupuestaria becarios de capacitación, investigación y salud pública cohorte 20xx, ejercicio 20xx

DIRECCIÓN GENERAL ADMINISTRATIVA CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se solicita la afectación del monto correspondiente a los pagos de las becas de capacitación, investigación y salud pública del concurso 20xx (RESOL-20xx-xxxx-MSGC) perteneciente al Ejercicio 20xx por los meses de xxxxx a xxxxx de los profesionales que a continuación se detallan.

El monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.7 para las becas de capacitación y de 2.5 para las becas de investigación y salud pública.

Los valores consignados corresponden a lo establecido en la Resolución xxxx/MEHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x / xx)

BECAS DE CAPACITACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL/CUIT	TOTAL MENSUAL	XXXXX - XXXXX 20xx
		$	$
TOTAL		**$**	**$**

BECAS DE INVESTIGACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL/CUIT	TOTAL MENSUAL	XXXXX - XXXXX 20xx
TOTAL		**$**	**$**

BECAS DE SALUD PÚBLICA

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL/CUIT	TOTAL MENSUAL	XXXXX - XXXXX 20xx
TOTAL		**$**	**$**

MOTIVO: S/Llamado a Concurso Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública año 20xx.

SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN EN RED

Se envían los siguientes actuados por los que tramita el proyecto de Resolución de otorgamiento de N (num) Becas de Capacitación, N (num) Becas de Investigación y N (num) Becas de Salud Pública, todo conforme Ordenanza N° 40.406, Resolución N° 3124/MSGC/19 y su respectivo Anexo I, para su intervención..

GCBA	MSAL - DGDIYDP	NOTA PARA APERTURA DE CUENTA EN BANCO CIUDAD	Código: OTO-MOD-06 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

G O B I E R N O DE LA C I U D A D DE B U E N O S A I R E S
"20..... Año de……..."

Sres:

BANCO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

S / D

Por la presente me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar la apertura de Caja de Ahorro para ..[*Apellido y nombre de becario/a*].., DNI XXXXX, CUIL XXXXXXX, que ha sido designado/a Becario/a de *[Capacitación / Investigación / Salud Pública]* según la Resolución Nº XXX-MSGC - 20xx, a fin que pueda ser depositado su estipendio, exento del costo de mantenimiento, ya que el mismo es pagado por un Organismo dependiente de GCBA.

Sin otro particular los saluda atte.

Director/a General
Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

"ANEXO I"

AUTORIZACION DE ACREDITACION DE PAGOS DEL TESORO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN CUENTA BANCARIA

Localidad, (1) (2)

SEÑOR
TESORERO GENERAL
DIRECCION GENERAL DE TESORERIA
Maipú 169 4to Piso TEL: 4323-8000 INT: 7006/7007/9452

El (los) que suscribe(n) (3) _____ en mi (nuestro) carácter de (4) _____ de (5) _____, DNI/CI/LE/LC (6) _____, Ingresos Brutos Nº _____ con domicilio legal/real/comercial (7) en la calle _____, Nº _____ Piso Dto./Oficina/Local Nº _____ de la localidad de _____ provincia de _____ telefono Nº _____ mail _____, autoriza (mos) a que todo pago que deba realizar la DIRECCION GENERAL DE TESORERÍA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto de Organismos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

CUENTA CORRIENTE Nº | **CUENTA CORRIENTE ESPÈCIAL Nº**

CAJA DE AHORRO Nº | **CUIT/CUIL (8)** | - | - |

TITULARIDAD

DENOMINACION:

BANCO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SUCURSAL Nº:

DOMICILIO:

CBU | - | (9)

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por la Dirección General de Tesorería del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dentro de los términos contractuales, extinguirá la obligación del deudor por todo concepto, teniendo validez todos los depósitos que allí se efectúen, hasta tanto, cualquier cambio que se opere en la misma, no sea notificado fehacientemente a esa Dirección General de Tesorería.-

..... Firma ..... Aclaración (10

Certificación Bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma(s) del (de los) titular(es).-

.....

(1), (2) Lugar y fecha de emisión; (3) Apellido y Nombre del (de los) que autoriza (n) el deposito; (4) Carácter por el cual firman (Presidente, Socio, Propietario, etc.); (5) Razón Social o denominación; (6), (7), (8) Tachar lo que no corresponda; (9) número de CBU; (10) firma(s) y aclaración(es) del (de los) beneficiario(s).- **Completar en tinta azul.**

.....✂.....✂.....✂.....

AUTORIZACION DE ACREDITACION DE PAGOS DEL TESORO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD E BUENOS AIRES EN CUENTA BANCARIA

APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL:
C.U.I.T. Nº
CUENTA CORRIENTE Nº | **CUENTA CORRIENTE ESPECIAL Nº**

CAJA DE AHORRO Nº | **CBU N º**
BANCO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. SUCURSAL Nº:

FECHA DE PRESENTACION DEL "ANEXO I": ...../...../.....

GCBA	MSAL - DGDIYDP	PLANILLA PARA GESTIÓN DE NÚMERO DE BENEFICIARIOS / ENTES	Código: OTO-MOD-08 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

APELLIDO	NOMBRE	DNI	CUIT	DOMICILIO	TELÉFONO	MAIL	SITUACIÓN FRENTE AL IVA	MONOTRIBUTO	IIBB	GANANCIAS

GD-20xx-xxxxxxxx-DGDIYDP

Ref. EXP: EE-20xx - xxxxxxxx - GCABA - DGDIYDP *[exp. de llamado a concurso]*

MOTIVO: S/ Envío de Anexo I Cuenta Bancaria Becarios de Capacitación, Investigación y Salud Pública cohorte 20xx.

DIRECCIÓN GENERAL TESORERÍA

Por la presente se elevan las certificaciones de las Cuentas Bancarias de acuerdo a la reglamentación vigente, correspondiente a los Becarios de Capacitación, Investigación y Salud Pública cohorte 20xx que se detallan a continuación. Se adjuntan los formularios del Anexo I correspondientes.

Becario/a	BENEFICIARIO	CUIT/CUIL	Nº de Cuenta	Sucursal

Capítulo 3 - Desarrollo de becas

3.A. Devengado mensual

GCBA	MSAL - DGDIYDP	ANEXO PARA DISPOSICIÓN DE DEVENGADO MENSUAL	Código: DES-MOD-01 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

ANEXO I

Devengado xxxxxxxx 20xx
Becarios/as cohorte 20xx *[con prórroga si corresponde]*

El monto corresponde a lo establecido en la Resolución xxxx/MEHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x / xx).

BECARIOS/AS CAPACITACIÓN

BECARIO / A	CUIT / CUIL	xxxxxxx
		$
TOTAL		$

BECARIOS/AS INVESTIGACIÓN

BECARIO / A	CUIT / CUIL	xxxxxxx
		$
TOTAL		$

BECARIOS/AS SALUD PÚBLICA

BECARIO / A	CUIT / CUIL	xxxxxxx
		$
TOTAL		$

VISTO:

La Resolución Nº xxxx - MSGC 20xx *[Resolución de otorgamiento de beca o prórroga, según corresponda]*, el Expediente Electrónico Nº EX-20xx - xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP *[Expediente de otorgamiento, en el cual se hizo la imputación del gasto]* y el Expediente Electrónico EX-20xx - xxxxxxxx - GCABA-DGDIYDP *[Expediente del devengado mensual]*

CONSIDERANDO:

Que por Resolución 2619/MSGC/2019 se otorgaron becas de *[o prórroga de becas de]* capacitación / investigación / salud pública a los profesionales de referencia durante el período comprendido entre el xx de xxxxx de 20xx al xx de xxxxxx de 20xx;

Que por Expediente Electrónico Nº EX-20xx - xxxxxxxx -GCABA-DGDIYDP tramitó la imputación del gasto en el programa 88, actividad 34.000, inciso 5.1.3.2 transferencias;

Que el monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.70 para becas de capacitación y de 2.5 para becas de investigación y salud pública;

Que resulta necesario efectuar el devengado correspondiente al mes de xxxxx de 20xx para el pago correspondiente a las becas de los distintos profesionales, que tramita por Expediente Electrónico EX-20xx - xxxxxxxx -GCABA-DGDIYDP.

Por ello,

EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

DISPONE

Artículo 1.- Autorízase a efectuar el devengado para el mes de xxxx de 20xx de los montos correspondientes a las Becas de capacitación / investigación / salud pública para los profesionales detallados en el Anexo I (IF-20xx - xxxxxxxx -GCABA-DGDIYDP), el que a todos los efectos, forma parte integrante de la presente.

Artículo 2.- Gírese, para su conocimiento y demás efectos, pase a la Dirección General Administrativa Contable y posteriormente para su liquidación, pase a la Representación de la Contaduría General.

MOTIVO: S / Disposición devengado mes de xxxx – Becas de Capacitación, Investigación y Salud Pública cohorte 20xx *[con prórroga, si aplica*]

DIRECCIÓN GENERAL

ADMINISTRATIVO CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se remiten los presentes actuados a fin de autorizar el devengado del mes de xxxx de 20xx, correspondiente a Becas de Capacitación, Investigación y Salud Pública cohorte 20xx *[con prórroga, si aplica*] que se detalla en el anexo I de la Disposición adjunta.

La imputación del gasto se tramitó por Expediente Electrónico EX-20xx-xxxxx-GCABA-DGDIYDP *[expediente de llamado a concurso o de prórroga, según corresponda]*

El monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.7 para las becas de capacitación y a 2.5 para las becas de investigación y salud pública.

El ajuste corresponde a lo establecido en la Resolución xxxx/MEHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x/xx).

3.B. Informes cuatrimestrales

GCBA	**MSAL - DGDIYDP**	**INFORMES DE EVALUACIÓN - BECAS DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA**	**Código: DES-MOD-04 Versión 01**
			Fecha: 15/10/2021

EVALUACIÓN DE INFORME PERIÓDICO
BECAS DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

Apellido y Nombre de Becario/a:

Título del proyecto:

Tipo de informe:

AVANCE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
FINAL					

Fecha de presentación:

Síntesis de la evaluación

Estado del informe: Aprobado / Recomendaciones / Desaprobado

Evaluador/a:

Fecha de evaluación:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, …. de …...de …….

Estimado/a (becario/a) …….

En relación al informe cuatrimestral de su proyecto…….. los siguientes son los comentarios de los evaluadores de su informe. Los mismos consisten en una suerte de mirada externa que acompañe su proceso e interrogue cuestiones que puedan enriquecer su tránsito. Los mismos son:

ADECUACIÓN AL TIPO DE BECA: ……SUGERENCIAS:

ADECUACIÓN AL ÁREA DE ANCLAJE: ……SUGERENCIAS:

ADECUACIÓN AL INFORME MODELO: ……...

-Sobre la coherencia interna entre objetivos y actividades:

-Sobre los avances realizados:

-Sobre la inclusión de la perspectiva de derechos:

-Sobre la incorporación de comentarios de devolución anteriores (si corresponde):

-Otras sugerencias:

Asimismo le recordamos la importancia de enviarnos por esta vía becas.salud@gmail.com las publicaciones y presentaciones que realice en el marco de su beca así como otros productos producidos (guías, protocolos, informes, otros).

Recuerde que debe explicitar en el cuerpo de los mismos la siguiente inscripción:

“El presente trabajo se realizó en el marco de una Beca de Capacitación/Salud Pública de la Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA”.

Sin más aprovechamos para saludarla/o ud y su director/a y a su CODEI de anclaje.

Equipo de Evaluadores

3. C. Imputación presupuestaria anual

GCBA	MSAL - DGDIYDP	INFORME PARA SOLICITUD DE IMPUTACIÓN ANUAL	Código: DES-MOD-06 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

MOTIVO: s/Imputación becarios de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx, ejercicio 20xx

DIRECCIÓN GENERAL

ADMINISTRATIVA CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se solicita la imputación del monto correspondiente a los pagos de las becas de capacitación / investigación / salud pública del llamado a concurso 20xx (RESOL-xxxx-MSGC/xx) correspondiente al Ejercicio 20xx por los meses de xxxxx a xxxxxxx, para los/as profesionales que a continuación se detallan.

El monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.7 para becas de capacitación y 2.5 para becas de investigación y salud pública.

Los valores consignados corresponden a lo establecido en la Resolución xxxx/MHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x /xx)

APELLIDO Y NOMBRE	CUIT	TOTAL MENSUAL	XXXXX a XXXX 20xx
		$	$
TOTAL		$	$

Capítulo 4 - Prórroga de becas

GCBA	**MSAL - DGDIYDP**	**ANEXO PARA RESOLUCIÓN - LISTADO PRÓRROGA DE BECAS**	**Código: PRO-MOD-01 Versión 01**
			Fecha: 15/10/2021

ANEXO I

BECARIOS/AS DE CAPACITACIÓN / INVESTIGACIÓN / SALUD PÚBLICA *[según corresponda]*

ÁREA DE ANCLAJE: *[sitio de realización del proyecto*]

TÍTULO DEL PROYECTO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL/LA BECARIO/A:

DNI:

CUIT/CUIL:

VISTO: La Ordenanza Nº 40406 (texto consolidado por Ley N° 5454), el Decreto 505/2011, la Resolución……..y el Expediente Electrónico Nº……..

CONSIDERANDO:

Que por Resolución ……...fueron designados diversos/as profesionales como Becarios/as de Capacitación;

Que por Resoluciones…..., Resolución……..y Resolución, se procedió a la prórroga de alguna de las becas citadas precedentemente;

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 9 de la Ordenanza Nº 40.406 y la Resolución N° 3124-MSGC/19, Anexo I "Reglamento de Concurso y Funcionamiento de Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública", las becas de Capacitación tendrán una duración de (1) año, pudiendo ser reelegidas por 5 (años) como máximo;

Que los/as becarios/as….., D.N.I: …….y …….., D.N.I: XXXX han solicitado las prórrogas de sus becas de Capacitación acompañando los respectivos informes que justifican dicha solicitud;

Que el comité evaluador del Área de Gestión de Becas de Capacitación ha evaluado las solicitudes presentadas y se ha pronunciado en forma favorable a las mismas;

Que en consecuencia corresponde dictar el acto administrativo pertinente;

Que el gasto que demanda la prórroga de las becas de Capacitación se encuentra contemplado en el presupuesto del Ministerio de Salud; Programa 88, Actividad 34000 Inc. 5.1.3.2;

Por ello, y uso de las facultades delegadas por el Decreto N° 505/2011,

EL/LA MINISTRO/A DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1º.- Otórgase la prórroga por el término de un (1) año de las becas de Capacitación mencionadas en el Anexo I (IF-xxxxxx-DGDIYDP-2021), por el periodo comprendido entre el …….y al …….., conforme lo establecido en la Ordenanza Nº 40.406, el que forma parte integrante de la presente.

Artículo 2.- El monto mensual que dichos profesionales percibirán en concepto de beca será conforme lo establecido en el Anexo I, punto VII, de la Resolución Nº 3124/MSGC/2019.

Artículo 3°.- Publíquese en el Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comuníquese a la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Hacienda y Finanzas y a la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional para su notificación y demás efectos. Cumplido, archívese.

VISTO: La Ordenanza Nº 40.406 (texto consolidado por Ley N° 6.017), el Decreto Nº 505/2011, las Resoluciones Nº xxxx/MSGC/20xx *[resolución de otorgamiento de beca]* y 3124/MSGC/2019 y el Expediente Electrónico EX-2020-22279971- -

GCABA-DGDIYDP, y

CONSIDERANDO:

Que por Resolución Nº xxx/MSGC/20xx fueron designados diversos/as profesionales como Becarios/as de Investigación / Salud Pública, por el período comprendido entre el xx de xxxxxx de 20xx y el xx de xxxxx de 20xx;

Que de acuerdo a lo establecido en la Ordenanza Nº 40.406 y en la Resolución Nº 3124/MSGC/2019, Anexo I, Reglamento de Concurso y Funcionamiento de Becas de Investigación, Capacitación y Salud Pública, las *[dejar el texto según corresponda]* Becas de Investigación tienen una duración de dos (2) años / Becas de Salud Pública tienen una duración de un (1) año , al cabo de los cuales por solicitud del/de la becario/a y con la conformidad de la Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, se podrá prorrogar dicho plazo por otro período similar;

Que los/as becarios xxxxxxxxx ha/n solicitado la prórroga de la Beca de Investigación / Salud Pública acompañando los respectivos informes que justifican dicha solicitud;

Que el Consejo de Investigación en Salud ha aprobado dichos informes y la solicitud de prórroga presentados por los/as becarios/as y su/s Directores/as de Beca;

Que el gasto que demanda la prórroga de las Becas mencionadas se encuentra contemplado en el presupuesto del Ministerio de Salud;

Que por Decreto Nº 505/2011 se delega en el Titular del Ministerio de Salud la facultad de otorgar y convalidar becas en el marco de la Ordenanza N° 40.406.

Por ello, y en uso de las facultades delegadas por el Decreto N° 505/2011,

EL/LA MINISTRO/A DE SALUD

RESUELVE

Artículo 1°.- Otórgase la prórroga por dos (2) / un (1) año/s de la Beca de Investigación / Salud Pública, conforme lo establecido en la Ordenanza Nº 40.406, a los/as profesionales que se indican en el Anexo I (IF-xxxxxx-DGDIYDP-20xx), por el período comprendido entre el xx de xxxxx de 20xx y el xx de xxxxxx de 20xx, el que forma parte integrante de la presente.

Artículo 2°.- El monto mensual que dichos/as profesionales percibirán en concepto de beca, será conforme lo establecido en el artículo 10 de la Ordenanza Nº 40.406

Artículo 3°.- Publíquese en el Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comuníquese a la Subsecretaría de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Hacienda y a la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional para su notificación y demás efectos. Cumplido, archívese.

MOTIVO: s/ Afectación presupuestaria de becas de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx con prórroga, ejercicio 20xx

DIRECCIÓN GENERAL

ADMINISTRATIVA CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se solicita la afectación del monto correspondiente a los pagos de las becas de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx, con prórroga otorgada por Resolución xxxx-MSGC/20xx, perteneciente al Ejercicio 20xx por los meses de xxxxx a xxxxx, según se detalla a continuación.

El monto mensual que se asigna, se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 2.5

Los valores consignados corresponden a lo establecido en la Resolución xxxx/MHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x /xx)

APELLIDO Y NOMBRE	CUIT	TOTAL MENSUAL	XXXXX a XXXX 20xx
		$	$
TOTAL		$	$

MOTIVO: S/ Otorgamiento de Prórrogas Becas de Capacitación / Investigación / Salud Pública cohorte 20xx.

SUBSECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN EN RED

Se envían los siguientes actuados por los que tramita el proyecto de Resolución de otorgamiento de prórrogas para Becas de Capacitación / Investigación / Salud Pública, todo conforme Ordenanza N° 40.406, Resolución N° 3124/MSGC/19 y su respectivo Anexo I, para su intervención..

GCBA	MSAL - DGDIYDP	MODELO DE CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN DE BECA	Código: FIN-MOD-01 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

REPÚBLICA ARGENTINA

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

Por cuanto **XXXXXX**, **DNI xxxxxxxx**, se ha desempeñado como **Becario/a de xxxxx** en el **xxxxxxxxx** con el proyecto: "xxxxxxx " desde el xxx de xxxxxx de 20xx hasta el xx de xxxxx de 20xx, según Resolución Nº xxxx-MSGC/20xx, bajo la dirección de xxxxx ;

Se extiende el presente certificado.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, xx de xxxxx de 20xx

Director/a General

Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

Cuestionario de Seguimiento de becarios/as que finalizan su beca de CAPACITACIÓN

GÉNERO AUTOPERCIBIDO *

-FEMENINO

-MASCULINO

-OTRO

¿CUÁL ES SU FORMACIÓN DE GRADO? *

-MEDICINA

-PSICOLOGÍA

-TERAPIA OCUPACIONAL

-TRABAJO SOCIAL

-MUSICOTERAPIA

-BIOQUÍMICA

-CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS (COMUNICACIÓN, CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIOLOGÍA, ANTROPOLOGÍA

-ENFERMERÍA

-NUTRICIÓN

-FONOAUDIOLOGÍA

-PSICOPEDAGOGÍA

-Otro:

¿CUÁNTOS AÑOS FUE BECARIO/A? *

-1

-2

-3

-4

-5

AÑO DE INICIO *

……..

ANCLAJE (lugar físico de desarrollo de actividades) *

……..

¿CÓMO FUE SU EXPERIENCIA COMO BECARIO/A EN GENERAL? *

-EXCELENTE

-MUY BUENA

-BUENA

-REGULAR

-MALA

MODO DE FINALIZACIÓN *

-FINALIZA

-RENUNCIA

SÓLO SI RENUNCIO ... ¿POR QUÉ RENUNCIÓ?

……..

¿QUÉ DOS COSAS DESTACARÍA COMO POSITIVAS DE SU EXPERIENCIA EN LA BECA? (de más importante a menos)

PRIMERA CUESTIÓN A DESTACAR *

……..

SEGUNDA CUESTIÓN A DESTACAR

……..

¿QUÉ DOS COSAS DESTACARÍA COMO NEGATIVAS O A MEJORAR DE SU EXPERIENCIA EN LA BECA? (de más importante a menos)

PRIMERA CUESTIÓN QUE PARA UD DEBERÍA MEJORARSE

……..

SEGUNDA CUESTIÓN QUE PARA UD DEBERÍA MEJORARSE

……..

LE AGRADECEMOS MUCHO LA RESPUESTA Y LA EXPERIENCIA COMPARTIDA. EQUIPO BECAS DE CAPACITACIÓN

Capítulo 6 - Actualización del monto de las becas

GCBA	MSAL - DGDIYDP	INFORME PARA SOLICITUD DE AFECTACIÓN PRESUPUESTARIA DE LAS DIFERENCIAS	Código: ACT-MOD-01 Versión 01
			Fecha: 15/10/2021

MOTIVO: s/ Afectación presupuestaria diferencia de pago de becas de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx , ejercicio 20xx

DIRECCIÓN GENERAL

ADMINISTRATIVA CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se solicita la afectación del monto correspondiente a las diferencias de los pagos de las becas de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx, otorgadas por Resolución xxxx-MSGC/20xx, perteneciente al Ejercicio 20xx por los meses de xxxxx a xxxxx, según se detalla a continuación.

El monto mensual que se asigna, se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.7 para las becas de capacitación y 2.5 para las becas de investigación y salud pública.

Los valores consignados corresponden a lo establecido en la Resolución xxxx/MHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x /xx)

APELLIDO Y NOMBRE	CUIT	% ajuste mes xxxx	Diferencia mes xxx	TOTAL DIFERENCIAS XXXXX a XXXX 20xx
		$	$	$
TOTAL		$	$	$

ANEXO I

Diferencia de pago xxxx a xxxxx 20xx

Becas de capacitación / investigación / salud pública cohorte 20xx

Se solicita el devengado del monto correspondiente a la diferencia de los pagos de los meses de xxxxx a xxxx de 20xx, para los becarios de capacitación / investigación / salud pública del llamado a concurso año 20xx (Resolución Nº xxxxx/MSGC/XX), de los profesionales que a continuación se detallan.

Se acompaña en Orden xx y xx la Resolución 20xx-xxxx-MHFGC y anexo (Acta negociación colectiva x/xx), que respaldan los montos solicitados.

APELLIDO Y NOMBRE	CUIT	% ajuste mes xxxx	Diferencia mes xxx	TOTAL DIFERENCIAS XXXXX a XXXX 20xx
		$	$	$
TOTAL		$	$	$

VISTO:

La Resolución Nº xxxx/MSGC/20xx [*resolución de otorgamiento o de prórroga*], la Resolución N° 20xx-xxxx-MHFGC, el Expediente Electrónico Nº 20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP *[expediente del concurso o de prórroga*] y el Expediente Electrónico Nº 20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP [*expediente del devengado*]

CONSIDERANDO:

Que por Resolución N° xxxx/MSGC/20xx se otorgaron becas / prórrogas de becas de capacitación / investigación / salud pública a los profesionales de referencia durante el periodo comprendido entre el xx de xxxxxxxx de 20xx y el xx de xxxxxx de 20xx;

Que por Expediente Electrónico Nº 20xx-xxxxxxxx-GCABA-DGDIYDP *[expediente del concurso o de prórroga*] tramitó la imputación del gasto en el programa 88, actividad 34.000, inciso 5.1.3.2;

Que el monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A;

Que la Resolución 20xx-xxxx-MHFGC y su anexo (acta de negociación colectiva x/xx) determinan un ajuste de los montos establecidos;

Que resulta necesario efectuar el devengado correspondiente a las diferencias de los meses xxxx a xxxx del presente ejercicio para el pago correspondiente a las becas de los distintos profesionales;

Por ello,

EL/LA DIRECTOR/A GENERAL

DE DOCENCIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL

DISPONE

Artículo 1.- Autorízase a efectuar el devengado de las diferencias de los montos correspondientes a los meses de xxxx a xxxx , para las Becas de capacitación / investigación / salud pública de los profesionales detallados en el Anexo I (IF-20xx-XXXXXXX-GCABA-DGDIYDP), el que a todos los efectos, forma parte integrante de la presente.

Artículo 2.- Gírese, para su conocimiento y demás efectos, pase a la Dirección General Administrativa Contable y posteriormente para su liquidación, pase a la Representación de la Contaduría General.

MOTIVO: S / Disposición devengado de las diferencias de monto de becas de Capacitación / Investigación / Salud Pública cohorte 20xx *[con prórroga, si aplica*]

DIRECCIÓN GENERAL

ADMINISTRATIVO CONTABLE Y PRESUPUESTO

Se remiten los presentes actuados a fin de autorizar el devengado de las diferencias de los montos de las Becas de Capacitación / Investigación / Salud Pública cohorte 20xx *[con prórroga, si aplica*], correspondientes a los meses de xxxx a xxxx, que se detallan en el anexo I de la Disposición adjunta.

La imputación del gasto se tramitó por Expediente Electrónico EX-20xx-xxxxx-GCABA-DGDIYDP *[expediente de llamado a concurso o de prórroga, según corresponda]*

El monto mensual que se asigna a cada becario se ajusta a lo establecido por la Ordenanza Nº 40.406 y su modificación Ordenanza Nº 41.296 en su Artículo 10.A, correspondiendo a la asignación básica del médico asistente de 30hs por un coeficiente igual a 1.7 para las becas de capacitación y a 2.5 para las becas de investigación y salud pública.

El ajuste corresponde a lo establecido en la Resolución xxxx/MEHFGC/20xx y su Anexo (Acta Paritaria x/xx).

G O B I E R N O DE LA C I U D A D DE B U E N O S A I R E S
"2021 - Año del Bicentenario de la Universidad de Buenos Aires"

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2021-39701214-GCABA-DGDIYDP

Buenos Aires, Martes 28 de Diciembre de 2021

Referencia: EX-2021-38529769- -GCABA-DGDIYDP

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 55 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2021.12.28 19:09:02 -03'00'

GABRIEL ALEJO GONZALEZ VILLA MONTE
Director General
D.G. DOCENCIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2021.12.28 19:09:03 -03'00'