**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**ACTA DE LA PRIMERA SESIÓN ORDINARIA DE LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE CAPACITACIÓN DE (JURISDICCIÓN/HOSPITAL) DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**

En la Ciudad de ……………………., Veracruz de Ignacio de la Llave, siendo las 09:00 horas, del día catorce de enero del año dos mil veintitrés, reunidos en las instalaciones que ocupa el Aula de Capacitación de la (Coordinación/Jefatura) de Enseñanza de la (Jurisdicción/Hospital) de Servicios de Salud de Veracruz, ubicada en la Avenida …………………………………..; el Dr. Fulano De Tal, en calidad (Jefe de Jurisdicción/Director del Hospital); Dr./L.E./I.B.Q. …… (Coordinador/Jefe de Enseñanza); Lic….. (Jefe de Recursos Humanos); Dr. Representante del SNTSA, Sección (26,40,70,71); L.E…………………. representante del (SETSSV/SUETYPS/ STSPEEV/SIDETSSV/SETUSSV/SIEDIPEV/SUTHCRC/STOPDAEV-CTM) y Dr./Lic………………, Secretario Técnico, con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 22, Fracción I del Reglamento de Capacitación, se presentan los siguientes:

**-------------------------------------------------- HECHOS ---------------------------------------------**

El Secretario Técnico realiza el pase de lista, verifica la asistencia de los integrantes y confirma que existe el quórum legal para llevar a cabo la presente sesión. A continuación, sede la palabra a …………………………. Dr(a).………….. para que dé la bienvenida y aperture las actividades de esta sesión.

El(a) Dr(a).…………………, en calidad de (Jefe/Director), en uso de la voz, manifiesta: “Buenos días a todas y todos los presentes, sean bienvenidos a esta Primera Sesión Ordinaria de la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación de Servicios de Salud de Veracruz”.

Añade el (Jefe/Director), “me permito dar inicio a la presente sesión siendo las 09:00 horas y procedo a dar lectura al orden del día”.

Cede el uso de la voz al Secretario Técnico para que coordine el desarrollo de esta sesión, bajo el siguiente:

“**ORDEN DEL DÍA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hora** | **Actividad** | **Responsable** |
| 09:00 | Declaración del *quorum* | Dr. (Secretario Técnico) |
| 09:10 | Bienvenida y apertura de actividades 2018 | Autoridad de la Unidad Médica |
| 09:20 | Análisis de solicitudes de beca | Representantes de la CAMC |
| 10:30 | Avance del PEC 2018 (Eventos realizados en el mes/eventos próximos) | Jefe de Enseñanza/Secretario Técnico |
| 11:30 | Asuntos generales | Representantes de la CAMC |
| 12:00 | Nuevos acuerdos |
| 12:30 | Cierre de la reunión | Dr. (Secretario Técnico) |

A continuación, el Secretario Técnico, para desahogar **el punto número dos**, presenta los expedientes de **solicitudes de beca** de los siguientes trabajadores, para su análisis y dictaminación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .**DATOS DEL TRABAJADOR** | **DATOS DEL EVENTO** | **DICTAMEN** |
| **NOMBRE**  **ADSCRIPCIÓN**:”  **PUESTO**:  **HORARIO:**  **FECHA DE** | **SOLICITUD DE BECA**  **EVENTO**: Especialidad en…  **PERÍODO:** 1 de abril de 2023 al 31 de marzo de 2024  **SEDE:** Universidad…  **HORARIO:** Viernes de 8:00 a 16:00 h. | **Acuerdo N° CAMC/SIGLAS DE LA UNIDAD/ SESVER/001/O1/2023**  Dictamen **PROCEDENTE** de **solicitud de beca** como (**Comisión Oficial/Jornada Especial de Trabajo/ Licencia sin Goce de Sueldo)**, a partir del **1 de abril de 2023 al... no prorrogable.** |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para abordar el **punto número 3** del Orden de Día, el(a) Lic.. ………………… expone el avance del Programa Específico de Capacitación 2023, detallando las metas logradas de los Programas de Capacitación, Educación Continua………..; posteriormente presenta el eventos programados a realizarse durante el mes de mayo, solicitando la difusión y promoción de los representantes de esta Comisión para que asistan los trabajadores convocados.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Como siguiente punto**, el Dr(a)……… (Secretario Técnico) pregunta al pleno si existen **Asuntos Generales** que plantear.

1.- Toma la palabra la Dra. para manifestar….

2.- La Lic. ………….. solicita se informe a…………

4.- La I.B.Q. sugiere…

**Acto seguido se procede a establecer los siguientes**

**------------------------------------------------ ACUERDOS ------------------------------------------------------**

**N° CAMC/ SIGLAS DE LA UNIDAD)/ SESVER/001/O1/2023:** Se acuerdadictaminar **PROCEDENTE** como (**Comisión Oficial/Jornada Especial de Trabajo/ Licencia sin Goce de Sueldo)**, la solicitud de beca del(a) trabajador(a), L.E. Fulana De Tal, para realizar la Especialidad de …………… , con sede el Instituto…………………, **los días viernes** de 08:00 a 16:00 horas, durante el periodo comprendido del 1 de abril de 2018 al 31 de marzo de 2019, **no prorrogable**

**N° N° CAMC/ SIGLAS DE LA UNIDAD)/ SESVER/002/O1/2023:** Se acuerdadifundir y motivar a los trabajadores de la unidad para que asistan al curso de “Salud Materna” que se realizará los días… en el aula de… en horario…

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por último, se informa que la fecha de la próxima sesión será el 11 de febrero del año en curso, a las 09:00 horas, en el Aula de Capacitación de…. (Jurisdicción/Hospital) de Servicios de Salud de Veracruz.

Toma la palabra el Dr(a). (Secretario Técnico): “Siendo las 12:30 horas del día 14 de enero de 2023 se da por terminada la presente reunión”; rubricando al margen y al calce de todas y cada una de las fojas que integran la presente Acta, los que en ella intervinieron.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **SEXO**  **(M-H)** | **CARGO** | **FIRMA** |
| DR. | M/h | (JEFE DE LA JURISDICCIÓN/DIRECTOR DEL HOSPITAL) |  |
| LIC. | M/H | REPRESENTANTE DE RECURSOS HUMANOS |  |
| DR(A). | M/H | REPRESENTANTE DEL SINDICATO… |  |
| LIC. | M/H | REPRESENTANTE DEL SINDICATO… |  |
| DR(A)./LIC. | M/H | SECRETARIO TÉCNICO |  |
| **Nota: Si la relación de firmantes se extiende a otra página más, anotar la siguiente frase al inicio de la página, antes de continuar con las firmas:**  *Estas firmas corresponden al Acta de la Tercera Sesión Ordinaria de la Comisión Auxiliar Mixta de Capacitación de Servicios de Salud de Veracruz, realizada el catorce de enero del año dos mil veintitrés.* | | | |
| MTRO(A). | M/H | COORDINADOR… |  |
| ING. | M/H | REPRESENTANTE SINDICAL… |  |

**Nota: Incluir el siguiente aviso de privacidad al final de cada acta de reunión.**

**Aviso de Privacidad Simplificado**

La Secretaría de Salud de Veracruz, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione. Sus datos personales, serán utilizados para las siguientes finalidades: a) Registrar su inscripción a la modalidad de capacitación que haya elegido; b) generar listas de asistencias y validación de las mismas; c) emisión de constancia de acreditación o asistencia de acuerdo a la modalidad y criterios de que se trate; d) establecer comunicación para dar seguimiento de los cursos o aclaración de dudas sobre sus datos, notificación de cancelación o cambio de horario, fecha o sede.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: a) envío de material de exposición o consulta; b) invitaciones a futuros eventos y c) generar estadísticas para informes obligatorios de la Secretaría de Salud de Veracruz ante otros organismos públicos o privados. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante el correo electrónico [capacitación.salud.ver@gmail.com](mailto:capacitación.salud.ver@gmail.com)

Se informa que no se realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral de la dirección electrónica <https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/informacion-publica-de-oficio-articulo-8-ltyaip/aviso-de-privacidad/>