

Programa de Becas Elisa Acuña  
Beca Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas  
(antes PROMAJOVEN)

**FORMATO DE CARTA COMPROMISO**

Nombre de la entidad \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

Profr. José Víctor Guerrero González  
SECRETARIO DE EDUCACIÓN ESTADO DE SONORA  
PRESENTE

La que suscribe (nombre completo de la becaria) \_\_\_\_\_ del municipio de (nombre oficial del municipio) \_\_\_\_\_, declaro que toda la información proporcionada en el "Formato de Ratificación para la Continuidad en la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes PROMAJOVEN) del Programa de Becas Elisa Acuña", 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.
- 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.
- 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.
- Participar en las actividades de Contraloría Social que determine la Autoridad Educativa Local.

---

(Nombre y firma de la becaria)

c.c.p. Autoridad Educativa Local.