



**Municipalidad De Puerto Cortes  
Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento Municipal de Programas Sociales  
Programa de Educación**

**Requisitos**

1. Ser miembro de familia residente en Puerto Cortes.
2. Que la situación económica de la familia refleje la necesidad de la beca.
3. Tener un índice académico, como mínimo de 90%
4. No tener beca con otra institución
5. Estar matriculado en una institución pública.

**Documentación Requerida**

1. Solicitud de beca completamente llena
2. Certificado de último año de estudios
3. Una fotográfica tamaño carnet
4. Fotocopia de la Partida de Nacimiento del alumno solicitante
5. Fotocopia de las Cédulas de Identidad de los Padre o Encargado

**Lie. Tania J. Concepción**  
Jefa Depto. Programas Sociales





**SOLICITUD DE BECA MUNICIPAL  
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MUNICIPAL**

**I. DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ultimo grado cursado: \_\_\_\_\_ Índice Académico \_\_\_\_\_

Nombre del Centro Educativo \_\_\_\_\_

**II. DATOS FAMILIARES DEL SOLICITANTE**

Nombre completo del Padre o Encargado \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Trabaja Si ( ) No ( )

Nombre de la institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre completo de la Madre o encargada \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Trabaja Si ( ) No ( )

Nombre de la institución donde trabaja: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_



**III. INFORMACION ADICIONAL**

Ha sido beneficiado (a) anteriormente de un programa de becas: SI ( ) NO ( )

Institución que te proporciono \_\_\_\_\_

Motivo por la que no pudo continuar con la beca:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Una vez llenado y firmado este documento nos autoriza para investigar la información que se encuentra en esta solicitud. Es un requisito para la aprobación de la solicitud. Adjuntar los documentos solicitados.

Puerto Cortes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante de Beca

  
  
Jefa del departamento de Programas Sociales  
Lic. Tania Concepción



## Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo

Departamento de Programas Sociales

**Programa:** Bienestar y Salud mental ofrece atención en el área de psicología a todas aquellas personas y entidades públicas y privadas que lo soliciten manejando la problemática a nivel conductual, funcionamiento cognitivo, estado emocional y otros.

Servicios que prestamos	Beneficiarios
<b>Áreas de Psicología</b>	
Psicología Social	<ul style="list-style-type: none"><li>• Casa Hogar Renuevo (Asistencia y Evaluaciones Psicológicas)</li><li>• Casa Hogar Elías ( Asistencia Y Evaluación)</li><li>• Casa Hogar Línea de Vida (Asistencia y evaluaciones Psicológicas)</li></ul>
Psicología Forense	<ul style="list-style-type: none"><li>• Juzgado de Paz (Evaluaciones y reeducación a pacientes que remiten</li></ul>
Psicología Industrial/ empresarial	<ul style="list-style-type: none"><li>• Charla/ Taller a empleados</li><li>• Evaluaciones Psicológicas</li></ul>
Psicología educativa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuelas e Institutos públicos y Privados ( Atenciones y Evaluaciones psicológicas, charlas y talleres dirigidas a maestros y padres de familia</li><li>• Programas Municipales:<ol style="list-style-type: none"><li>1. CAIN (San José)</li><li>2. Escuela Taller</li><li>3. Escuela Especial Emanuel</li></ol></li></ul>
Psicología Clínica	Público en General

  
**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales





Municipalidad de Puerto Cortés  
Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento de Programas Sociales  
Programa de Salud / Bienestar y Salud Mental

**Ficha de Pacientes**

Fecha de Ingreso: \_\_\_ de \_\_\_ del \_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_

No. Identidad \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo de la Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*[Handwritten signature]*

	Fecha de Sesión	Fecha de Cita	Firma
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			




Lic. Tania Concepción  
 Jefe Departamento de Programas Sociales

## Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento de Programas Sociales

**Programa:** Escuela Taller municipal es un programa de educación alternativa no formal con el propósito de beneficiar a jóvenes de ambos sexos de escasos recursos económicos y que son excluidos de la educación formal.

No. Datos generales	
1.1 Nombre	Escuela Taller Puerto Cortes
1.2 Tema principal	Formación Ocupacional
1.3 Áreas de apoyo	Curso de Competencias Básicas Laborales, Formación Técnica, Formación Humana, Formación en empleabilidad y Emprendedurismo
1.4 Ubicación geográfica	Puerto Cortes
1.5 Duración prevista	1 año (12 meses)
1.6 Beneficiarios directos e indirectos (desagregado por sexo)	
1.7 Caracterización general de las personas beneficiarias	Jóvenes de escasos recursos económicos, con educación básica o que saben leer y escribir, entre las edades de 16 a 30 años para las mujeres y de 16 a 25 para los varones

### Beneficios:

- ✓ El espacio se brinda gratuitamente en igualdad de condiciones una formación integral y competitiva en oficios de diferentes áreas técnicas, a jóvenes de escasos recursos económicos haciendo énfasis en incorporar las mujeres a los oficios tradicionalmente de hombres.
- ✓ Mediante el apoyo de la Corporación Municipal se brinda un programa de becas para todos los y las jóvenes, se facilita el acceso a la formación gratuita, que incluye el almuerzo, transporte y seguro contra accidentes. Una vez egresados se les apoya en la organización de microempresas o la búsqueda de un empleo remunerado.

  
  
**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales



**Municipalidad de Puerto Cortés**  
Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento de Programas Sociales

**Requisitos:**

- 2 fotografías tamaño carnet
- 1 partida de nacimiento original
- 1 fotocopia de cedula de ambos padres de familia, tutor y encargados.
- Ser de escasos recursos, haber cursado educación formas hasta un máximo de Noveno grado (9),
- Saber leer y escribir y que tengan deseos de aprender un oficio.

**Implementos**

- Zapato tipo burro con cubo de hierro
- Guantes de cuero (1 par)
- Cinta métrica

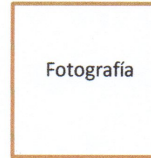


**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ASPIRANTES

CÓDIGO	VERSIÓN	PÁGINA
EE-RE-004-PNET	01	3 de 6



Fecha \_\_\_\_\_

Escuela Taller: \_\_\_\_\_

Área de formación de su interés: \_\_\_\_\_

I. Datos Generales del /la aspirante:

Nombre completo	No. Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento: (día - mes - año)	Lugar de nacimiento: Departamento _____ Municipio _____ caserío/aldea _____	
Ocupación: _____	Estado civil: soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
¿De quién depende económicamente?: _____		
Padece de alguna enfermedad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____, recibe atención médica _____		
Dirección del domicilio: _____ _____	Teléfono : celular: _____ Fijo: _____	

¿Qué actividad realiza en su tiempo



libre \_\_\_\_\_

¿Por qué se decidió por ese taller? \_\_\_\_\_

## II. Formación Educativa

Nivel educativo:

Primaria completa  primaria incompleta  último año aprobado \_\_\_\_\_

Secundaria completa  secundaria incompleta  último año aprobado \_\_\_\_\_

Título obtenido/diploma \_\_\_\_\_

Nombre del centro educativo: \_\_\_\_\_

¿En los últimos cinco años ha recibido algún curso de capacitación/taller/oficio?

Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el tiempo de duración?

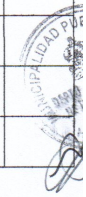
Horas \_\_\_\_\_, meses \_\_\_\_\_

Nombre de la institución/organización \_\_\_\_\_

¿Actualmente trabaja en algún oficio y cuál?: \_\_\_\_\_

## III. Datos familiares

Nombre completo de las personas con quién vive	Sexo		Parentesco	Ocupación	Edad
	F	M			



**IV. Datos del o la responsable del /la aspirante**

Nombre completo	Sexo		parentesc o	Lugar donde trabaja	Dirección donde trabaja( teléfono, horario de trabajo)
	F	M			

En caso de emergencia a quien llamar: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: Fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre del/la aspirante	Firma:
Nombre de la persona responsable	Firma:
Nombre del/o la entrevistador/a	Firma:




**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales



**Municipalidad De Puerto Cortes  
Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento Municipal de Programas Sociales  
Programa de Educación**

**Programa de Becas**

La Municipalidad de Puerto Cortes crea el programa de becas con el objetivo de favorecer y estimular a aquellos alumnos (as) con situación socioeconómica e insuficiente por una parte y por otra para premiar la Excelencia académica, en el nivel Básico, Medio y Superior.

Dichas becas se otorgan previo a estudios socioeconómico que le realizan en el hogar del solicitante. Siendo el objetivo de este programa mejorar la condición de vida a las personas de escasos recursos económicos para un futuro mejor.



**Lic. Tania J. Concepción**  
Jefa Depto. Programas Sociales



## Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo

Departamento de Programas Sociales

**Programa:** Centro de Atención Integral de la Niñez "San José" ofrece una atención integral a niños y niñas de escasos recursos económicos del municipio de Puerto Cortés.

Servicios que prestamos	Beneficiarios
<b>Área de Salud</b>	
Medicina General (Control de Niño Sano)	Niños y niñas atendidos en el CAIN "San José"
Odontológico	
Alimentación Balanceada	
Psicológico	Niños y niñas, Padres de Familia, Tutores y Encargados.
<b>Área de Educación</b>	
Estimulación Temprana	Niños y niñas atendidos en el CAIN "San José"

**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales



## Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo  
Departamento de Programas Sociales

✓ **Requisitos:**

- 2 fotografías tamaño carnet
- 1 partida de nacimiento original
- 1 fotocopia de cedula de ambos padres de familia, tutore y encargados.
- Ser madre o padre soltero que trabajen y son de escasos recursos económicos.
- Que sean matrimonios que ambos trabajen que sean de escasos recursos económicos.
- Niñas(os) de 6 meses hasta 6 años
- Copia de tarjeta de vacunas

✓ **Implementos que deberá presentar el padre al momento de ingresar el niño o niña al Cañ San José.**

- Leche, si aún es lactante con 2 o más biberones.
- Ropa ( 2 mudas)
- Medicamento (controlado) en caso de necesitarlo
- Sabana
- Tollas húmedas
- Toalla para baño
- Pañales desechables diarios (4 unidades)

Los padres de familia realizan una aportación económica de Lps. 100.00 al mes.



**Lic. Tania Concepción**

Jefe Departamento de Programas Sociales



DEPARTAMENTO MUNICIPAL  
**PROGRAMAS SOCIALES**  
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

Fotografía

## Ficha de Inscripción

### Datos personales de la niña(o)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona con quien vive la niña(o): Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

### Nivel Educativo

Kínder \_\_\_\_\_ Pre kínder \_\_\_\_\_ Preparatoria \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Centro Educativo: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_

No. Teléfono: \_\_\_\_\_ Maestra(o): \_\_\_\_\_

### Relación Familiar

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Encargada(o):** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

No. Identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_



**Información General**

Se firma la presente a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma de Madre/Padre/Encargada(o)

Firma Administradora  
Centro de Atención Integral de la Niñez "San José"



**Lic. Tania Concepción**  
Jefe Departamento de Programas Sociales