**Solicitud de Apoyo Económico para la Traducción y/o** **Corrección de Estilo de Manuscritos Científicos del IMSS**

**Convocatoria 2020**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

**DR. CÉSAR RAÚL GONZÁLEZ BONILLA**

Titular de la Coordinación de Investigación en Salud

Presente

En apego a la convocatoria *“Apoyo económico para la traducción y/o corrección de estilo de manuscritos científicos del IMSS - 2020“*, solicito a Usted el pago del servicio < iniquito) onal de Investigaciode traducción y/o corrección de estilo del manuscrito cuyas características son:

Título:

Autores:

Me comprometo formalmente a publicar este manuscrito en alguna revista de cuartil 1, 2 o 3 de la clasificación del *Journal Citation Reports*, habiendo considerado para su evaluación inicial la(s) siguiente(s) revista(s):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la revista** | **Factor de impacto actual** | **Cuartil** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Asimismo, me comprometo a enviar cada 6 meses, y hasta su publicación final, la situación que guarda el manuscrito durante su proceso de evaluación en la revista.

De ser aceptada esta solicitud, le solicito atentamente se haga la transferencia bancaria para el:

( ) Pago directo al traductor/corrector de estilo.

( ) Reembolso a mi cuenta, pues ya realicé el pago al traductor/corrector de estilo.

Los **datos para la transferencia bancaria** son los siguientes:

1. Nombre del titular de la cuenta bancaria:
2. Monto de la transferencia:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cantidad en letra, /100 m.n. o moneda con la que se hizo el pago).
3. Nombre del banco:
4. Nombre y/o número de la sucursal:
5. Número de cuenta bancaria, CLABE interbancaria, o *Swift Code* y número IBAN:

Tal como lo señala la Convocatoria, anexo a esta solicitud estoy enviando también **todos los documentos solicitados** en dicha Convocatoria al correo: michelle.olivares@imss.gob.mx.

**Atentamente**

VoBo.

Firma autógrafa **SOLICITANTE** Firma autógrafa **AUTORIDAD EN INVESTIGACIÓN**

Nombre: Nombre:

Adscripción IMSS: Adscripción IMSS:

Teléfono: Teléfono:

Correo electrónico: Correo electrónico: