



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES DEL I.M.S.S.**

CARTA COMPROMISO

Fecha: _____

**COMITÉ ACADÉMICO-TÉCNICO MIXTO
IMSS-UNAM**

Acepto apegarme a los lineamientos del Programa de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del I.M.S.S., así como cumplir con todas las actividades académicas y asistenciales que marque tanto el IMSS como la UNAM durante el tiempo que dure el curso, y en caso de renuncia, inasistencia o cancelación por motivos personales, informaré con toda oportunidad a la Coordinación de Educación en Salud del I.M.S.S., a fin de que se realicen los trámites administrativos correspondientes.

El curso con sede en: _____

Será improrrogable, no cambiaré de sede sin previa autorización y al finalizar entregaré copia fotostática de la constancia de terminación a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de mi Unidad Médica y al Coordinador Delegacional de Educación en Salud.

ACEPTO
Nombre, Firma y Matrícula

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL