



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

CARTA COMPROMISO

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA
MÉDICOS DE BASE**

Fecha: _____

**Dr. Salvador Casares Queralt
Presidente del Comité de Selección**

Acepto apegarme a los lineamientos del Programa de Medicina de Urgencias, 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, informar con toda oportunidad a la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, 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
