MEMBRETE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA CARTA COMPROMISO

Lugar1, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024.

*Asunto: Carta de respaldo institucional*

**Dr. Eduardo Lazcano Ponce**

**Director General del INSP**

**P r e s e n t e.**

Por este medio me permito informar a Usted que esta institución-organización, a través de mi persona, en mi calidad de 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgará el apoyo y las facilidades para que el o la \_\_\_\_\_3 4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se desempeña en el cargo5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, curse el Programa de la Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, en estricto apego al tiempo que el Instituto Nacional de Salud Pública ha establecido para lograr la defensa del proyecto de titulación y obtención de grado. Estoy informada(o) de que la duración del programa es de 30 meses, de modo que el periodo asignado a la generación 2024 es el siguiente:

* Inicio: septiembre de 2024
* Término: febrero de 2027

Estoy informado(a) de que la modalidad de la Maestría es *tutorial a* *distancia*. Esto significa que el o la aspirante, en caso de ser admitido(a), deberá organizar sus actividades en acuerdo con la persona que le sea designada como tutor o tutora y que deberá considerar su participación en algunas actividades síncronas que se llevan a cabo en modalidad virtual. También es de mi conocimiento que el programa requiere de la realización de una serie de trabajos prácticos y de un proyecto de titulación para los cuales es necesario generar y disponer de datos e información, así como de contar con la participación de algunos integrantes de la institución-organización, lo cual me deberá ser informado con oportunidad por el(la) ahora aspirante para que se otorguen las autorizaciones que correspondan.

Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que el cumplimiento de las actividades académicas asignadas queda bajo estricta responsabilidad del estudiante.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

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

Nombre, cargo, firma y sello oficial

CCP. Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez. Coordinador de la Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud del INSP.

1=Entidad o país de procedencia

2= Cargo que desempeña en la institución el o la firmante

3=Grado del o la aspirante

4= Nombre completo del o la aspirante

5=Cargo que desempeña en la institución el o la aspirante