



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**CARTA COMPROMISO PARA ACCEDER AL APOYO FINANCIERO DEL
PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL (PCI)**

Fecha:

Coordinador de Investigación en Salud
PRESENTE

Jefe de la División de Control y Seguimiento
Financiero de la Investigación
PRESENTE

El que suscribe, _____, con número de matrícula _____,
adscrito(a) a _____,

acepta apegarse a las disposiciones institucionales y condiciones determinadas en la Convocatoria del PCI para utilizar con eficiencia, eficacia y honradez, y de acuerdo a la solicitud autorizada, los recursos económicos otorgados, así como apegarse a las reglas de operación del FIS para efectos de comprobación de gastos y lo que resulte procedente.

Acepto obligarme a entregar, a más tardar, _____, fecha en la que se cumple el plazo de 40 días hábiles contados al término de la actividad autorizada, los documentos probatorios correspondientes a los productos entregables comprometidos en la solicitud autorizada, junto con un informe final en el que se mencionen el estado de avance que guardan los productos entregables que se buscaban obtener al momento de solicitar el apoyo, los logros que se obtuvieron, los beneficios que se adquirieron para el trabajo que se realiza a diario en el laboratorio, cómo se pondrán en práctica y los compromisos adquiridos sobre las actividades realizadas.

En caso de incumplir con las disposiciones de la Convocatoria, con las condiciones de la solicitud autorizada o con la entrega de la documentación aquí referida, acepto que se me inhabilite para participar en los siguientes 4 años o las siguientes 4 Convocatorias del Área de Vinculación Internacional.

En caso de renunciar, no asistir o cancelar la actividad autorizada de manera injustificada y sin notificar al Grupo para el Análisis Solicitudes del Programa de Cooperación Internacional (GACI), acepto devolver, en una sola exhibición, el importe del apoyo económico recibido hasta la fecha de mi renuncia, inasistencia o cancelación.

Estoy adecuadamente informado de que el apoyo económico complementario que recibiré no es prorrogable ni modificable y será aplicado para:

Realizar una estancia en el extranjero _____ Recibir la visita de _____ profesor(es) extranjero(s)

Lugar en donde se llevará a cabo la actividad:

Fechas de inicio y término de la actividad:

Productos entregables:

Nombre y Firma del interesado