



Salud
Secretaría de Salud



Instituto Nacional
de Salud Pública



CARTA COMPROMISO

Yo, _____, por este medio manifiesto mi interés y compromiso de participar y concluir satisfactoriamente el **Diplomado Migración: salud y derechos en movimiento**, iniciativa patrocinada por el **Fondo Conjunto de Cooperación México-Chile**, a realizarse del **25 de agosto al 16 de noviembre de 2025**, con una duración total de **160 horas académicas**.

Declaro que cumplo con el perfil requerido para postular: actualmente me desempeño en el ámbito de la salud y/o mis funciones laborales tienen incidencia o interacción directa con poblaciones en situación de movilidad (migración), ya sea desde el nivel operativo, de gestión o directivo.

Asimismo, me **comprometo formalmente a dedicar el tiempo necesario para cumplir satisfactoriamente con las actividades académicas del diplomado**, estimadas en un promedio de hasta **10 horas semanales**, incluyendo la participación en sesiones sincrónicas vía Zoom, que se llevarán a cabo los **lunes** a las 12:00 horas (CDMX) / 14:00 horas (Santiago de Chile), *con el cambio al horario de verano de Chile las sesiones ocurrirán a las 3 pm hora de Santiago*. La coordinación avisará oportunamente en caso de algún ajuste en los horarios.

Entiendo que al concluir satisfactoriamente, recibiré un diploma emitido de manera conjunta por el **Instituto Nacional de Salud Pública / Escuela de Salud Pública de México** y el **Ministerio de Salud de Chile**.

Nombre del participante: _____

Cargo y lugar de trabajo: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL SUPERIOR JERÁRQUICO

Yo, _____, en calidad de jefe(a) o superior jerárquico inmediato del/la trabajador(a) antes mencionado(a), autorizo y respaldo su participación en el diplomado antes referido, comprometiéndome a brindarle las facilidades necesarias para que pueda cumplir con las actividades académicas, incluyendo la asistencia a sesiones en tiempo real y la dedicación semanal estimada.

Nombre del/de la superior jerárquico: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Fecha: _____

Firma y sello (timbre) de la jefatura: _____