**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**CARTA COMPROMISO PARA PLAZAS DE MATERNIDAD EN EL INTERNADO ROTATORIO DE PREGRADO (IRP)**

## NOMBRE DEL O LA DIRECTORA

**DIRECTOR(A) DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**P R E S E N T E.**

Nombre completo de la alumna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Promedio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre de (nombre del o los menores):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASUNTO:** Compromiso para plazas de maternidad en el IRP

Por medio de la presente, yo, [Nombre completo de la alumna], alumna de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina de la BUAP, con matrícula [Número de matrícula], manifiesto mi compromiso para participar en el **Internado Rotatorio de Pregrado (IRP)** bajo las condiciones específicas para madres estudiantes, y me comprometo a lo siguiente:

1. **Cumplir con los requisitos académicos y asistenciales:** Me comprometo a cumplir con todas las actividades académicas, prácticas y asistenciales establecidas en el programa del IRP, incluyendo las rotaciones en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Urgencias y Medicina Familiar.
2. **Respetar los periodos de descanso prenatal y postnatal:** En caso de requerir licencia por gravidez, me comprometo a seguir las indicaciones médicas y los plazos establecidos por el Hospital Universitario de Puebla (HUP), sin afectar el cumplimiento del IRP.
3. **Mantener un promedio mínimo:** Me comprometo a mantener un promedio mínimo de 8 en cada una de las rotaciones durante el IRP.
4. **Informar sobre situaciones especiales:** En caso de cualquier situación que afecte mi desempeño académico o asistencial (enfermedad, cuidado del menor, etc.), me comprometo a informar de manera oportuna a la Jefatura de Enseñanza del hospital y a la Coordinación de IRP de la Facultad de Medicina.
5. **Cumplir con el reglamento del IRP:** Me comprometo a seguir el Reglamento del Hospital Universitario de Puebla para el Internado Rotatorio de Pregrado, así como las normas éticas y de convivencia establecidas por la institución.
6. **No renunciar a la plaza asignada:** Entiendo que, en caso de renunciar a la plaza asignada o no cumplir con los requisitos establecidos, perderé el derecho a continuar en el programa de IRP y no podré solicitar una nueva plaza en el futuro.
7. **Autorización para el manejo de información:** Autorizo a la Facultad de Medicina y al Hospital Universitario de Puebla a manejar mi información personal y académica con fines administrativos y académicos, en apego a los avisos de privacidad correspondientes.

**DECLARACIÓN FINAL:**

Manifiesto que he leído y comprendido los términos de esta carta compromiso, y acepto cumplir con todas las disposiciones establecidas para las plazas de maternidad en el IRP.

**FIRMA DE LA ALUMNA:**

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_ DE 202\_.

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

FIRMA DE LA ALUMNA