**CARTA COMPROMISO**

**BECA PARA ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SEMESTRE 2022-I**

Ciudad de México, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

**ROSA MARÍA TORRES HERNÁNDEZ**

**RECTORA DE LA UPN**

**P R E S E N T E:**

El(la) suscrito(a), **C.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiado(a) con la **BECA COMISIÓN PARA ESTUDIOS DE POSGRADO**, expreso a usted y a la Institución mi compromiso de concluir con los estudios de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con duración de \_\_\_\_ **AÑO(S)**, contados a partir de la fecha de inicio del semestre académico **2022-I** (01/01/2022).

Asimismo, de conformidad con el Artículo 40 fracción i, *del Reglamento para el otorgamiento de la Beca para Estudios de Posgrado*, me comprometo a prestar mis servicios en la Universidad en tiempo y forma, por un tiempo igual a aquél en que tuve la calidad de becario.

En caso de no cumplir con las obligaciones contraídas en el presente documento, me comprometo a reintegrar el monto total de la beca cobrada en un término no mayor de 30 (treinta) días hábiles, contados a partir de que la Comisión para el Otorgamiento de la Beca Comisión resuelva sobre tal situación, expresando mi consentimiento para que, en su caso, se me descuenten de mis percepciones las cantidades recibidas por concepto de beca conforme al procedimiento que establezca la Secretaría Administrativa de la UPN, en los términos de lo previsto por el Artículo 48 del Reglamento precitado, asumiendo asimismo, las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente y aplicable.

Por lo anterior, y para los efectos legales correspondientes, proporciono los siguientes datos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  | | |
| **ADSCRIPCIÓN** |  | | |
| **No. PLAZA** |  | **CATEGORÍA** |  |
| **DOMICILIO PARTICULAR** |  | | |
| **TELÉFONO OFICIAL Y EXTENSIÓN** |  | **TELÉFONO PARTICULAR** |  |
| **TELÉFONO CELULAR** |  | **E-MAIL** |  |
| **RFC** |  | | |

ATENTAMENTE

V o. B o

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

NOMBRE Y FIRMA DEL(LA) SOLICITANTE

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

COORDINADOR(A) DE ÁREA ACADÉMICA /DIRECTOR(A) DE UNIDAD UPN EN CIUDAD DE MÉXICO

Los datos personales por usted proporcionados serán protegidos en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el INAI