**Ciudad de México a\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_del\_\_\_202\_\_**

**Dr. Víctor Hugo Rosales Salyano**

**Director de Educación y Capacitación en Salud**

**Dra. Rocío Natalia Gómez López**

**Titular de la Unidad de Posgrado**

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que cuento con la solvencia económica suficiente para sufragar los gastos de alojamiento, transporte, alimentación, manutención, académicos y cualesquiera otros que resulten necesarios para realizar mi residencia o posgrado de alta especialidad en medicina en esa sede, en caso de ser seleccionado.

Atentamente:

Nombre completo y firma autógrafa