

**CARTA COMPROMISO**  
**(Descripción del bien entregado)**

México D.F., (Fecha de la entrega)

**DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL FILANTROPÍA Y  
EVALUACIÓN DEL IMPACTO  
PRESENTE**

RECIBÍ DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA, (Descripción del bien recibido), LA CUAL FUE AUTORIZADA PARA EL (Nombre del Paciente)

ME COMPROMETO A INFORMAR MEDIANTE ESCRITO DIRIGIDO AL C. DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA, POSTERIOR A MI CIRUGIA LA FECHA DE LA MISMA Y SI EL MATERIAL DONADO FUE COLOCADO EN SU TOTALIDAD Y PARA LOS FINES SOLICITADOS.

EN CASO DE QUE NO ME HAYA PRACTICADO LA CIRUGIA, O DE NO HABERSE UTILIZADO EL MATERIAL AL 100% ME COMPROMETO A DEVOLVERLO EN FORMA INMEDIATA A LA APBP.

OTORGO A LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA PODER AMPLIO PARA QUE SE LLEVEN A CABO LAS GESTIONES CORRESPONDIENTES.

**RECIBE**

**ENTREGA**

(Nombre y firma del beneficiario o del  
responsable del beneficiario)

(Nombre y Firma del Titular)  
DIRECTOR DE VINCULACIÓN SOCIAL,  
FILANTROPÍA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO

DOMICILIO:

---

---

---

**MÉDICO TRATANTE, JEFE DE SERVICIO O  
SUBDIRECTOR MÉDICO**

(Nombre y firma)

TELÉFONO(S):