Coordinación de Estudios de Posgrado
Subdirección de Programas Institucionales
Departamento de Becas de Posgrado

Formato de evaluación semestral

Periodo a evaluar **Fecha:**

Nombre del Programa de Estudios:

Número de cuenta: **Nivel de Estudios:**

_____ _____ _____

Apellido Paterno: **Apellido Materno:** **Nombre(s):**

Breve descripción del avance del trabajo de Investigación realizado:

Las actividades de apoyo académico semanales que realicé son las siguientes:

El presente formato indica que obtuve el promedio mínimo establecido en la convocatoria, no presento ninguna calificación reprobatoria (NP o 5) y he cumplido con las 4 horas de apoyo académico a la semana.

Estoy enterado(a) de las disposiciones contenidas en la Convocatoria y Reglas de Operación del Programa de Becas de la CEP, y que de faltar documentación o incumplir con lo que se establece estaré sujeto(a) a la baja del Programa.

_____ _____

Nombre y firma del tutor Nombre y firma del Alumno