



**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