



**Coordinación General 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:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

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 horas de apoyo académico exigidas semanalmente.

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