 

**FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ALUMNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del alumno:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)**  No. de CVU: ­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | **Nivel en el que está inscrito:**  **MAESTRÍA** | |
| Nombre completo del Tutor: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| Título del proyecto:**\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| Período académico del informe: **2025-2** | de: **27 ENERO 205** | | | | a: **23 MAYO 2025** | | | |
| ***Actividades realizadas (elegir una opción de calificación)*** | | | | | | | | |
| **Criterios a evaluar** | | Excelente | | Bueno | | Suficiente | | No satisfactorio |
| Desempeño académico | |  | |  | |  | |  |
| Cumplió con lo establecido en el plan de estudios | |  | |  | |  | |  |
| Considera que obtendrá el grado dentro del tiempo oficial del plan de estudios, seleccione uno de los siguientes criterios | | **Completamente seguro** | | **Seguro** | | **Casi seguro** | | **No es seguro** |
| ¿El alumno obtuvo NP o reprobó actividades académicas en el semestre **2025-2**? Sí **\_\_\_\_\_** No **\_\_\_\_\_**    Porcentaje de avance en la escritura de la tesis: % Porcentaje de avance experimental: %  Opción de graduación para alumnos de Maestría: Tesis **\_\_\_\_\_** o Examen General de Conocimientos **\_\_\_\_\_\_o o** Informe de Trabajo de investigación y Publicación**\_\_\_\_\_**  Fecha aproximada de realización de examen de grado (mes/año) ­­­**\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**  ¿El desempeño del becario fue satisfactorio? Sí **\_\_\_\_\_\_\_** No **\_\_\_\_\_\_\_**  **Comentarios sobre la evaluación:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y firma del Tutor** | | |  | | | | | |
| Fecha de evaluación: **\_\_\_\_\_**/ **\_\_\_\_\_**/ \_\_\_\_\_  **DR. JOSÉ FEDERICO DEL RÍO PORTILLA**  **Coordinador del Programa**  dd mm aaaa | | | | | | | | |