 **FORMATO DE EVALUACIÓN**

**DEL DESEMPEÑO DEL BECARIO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del becario:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apellido Paterno Apellido Materno Nombres | | | | | | | Grado: **DOCTORADO** | |
| Nombre del Asesor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Nombre de la tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Período académico del informe: | de: 13/agosto/2018  dd / mm / aaaa | | | | a: 31/enero/2019  dd / mm / aaaa | | | |
| ***Actividades Realizadas (elegir una opción de calificación):*** | | | | | | | | |
| Favor de evaluar las siguientes criterios: | | Excelente /completamente seguro | | Bueno  /seguro | | Suficiente  /casi seguro | | No satisfactorio  /No es seguro |
| Desempeño académico | |  | |  | |  | |  |
| Cumplimiento del plan de estudios | |  | |  | |  | |  |
| Obtención del grado dentro del tiempo oficial del plan de estudios | |  | |  | |  | |  |
| **Comentarios sobre la evaluación:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Señale cuál es el porcentaje de avance de la tesis: \_\_\_\_\_% | | | | | | | | |
| Con base en las respuestas anteriores y en el Art. 24 del Reglamento de Becas sobre suspensión, cancelación y conclusión de la beca, **¿Recomienda continuar, suspender o cancelar la beca?** Indique causales | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del Asesor de tesis | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado | | | | | |
| Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ 20\_\_\_  dd mm aaaa | | | | | | | | |