



**Dirección General de Desarrollo Académico.
Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud
Reporte Semestral de Tutorías**

Nombre del Alumno:

Número de Matrícula:

Programa de Posgrado en:

Numero de tutoría	Fecha de la tutoría	Firma del alumno	Motivo: 1) Académico, 2)Administrativo, 3) Personal, 4) Familiar, 5) Otros.	Observaciones	Seguimiento Si /No	Cita
1						
2						
3						

- Requisito: mínimo 3 sesiones de tutorías al semestre.
- Se requiere entregar este documento con las firmas originales a la Coordinación del posgrado, del 1 al 4 de julio de 2014, para poder elaborar la constancia correspondiente.

Firma y Nombre del Tutor

Coordinación del PICS

Vo.Bo.

Fecha