****

**Posgrado en Ciencias en Ingeniería Física**

Facultad de Ciencias Físico Matemáticas

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

**Formato de Evaluación Mensual**

**Desempeño del Becario que se encuentra en Estancia Académica Autorizada**

**I. Instrucciones de llenado .**

1. Este formato debe de ser llenado solo por los estudiantes del Posgrado en Ciencias en Ingeniería Física que se encuentran realizando una estancia de investigación o intercambio académico autorizada por el Consejo Interno de la División de Estudios de Posgrado
2. Este formato debe de ser entregado a la secretaria de Posgrado dentro de los últimos 3 días laborales de cada mes.
3. Las secciones II, III, IV y V deben ser llenadas exclusivamente por el estudiante
4. La sección VI debe ser llenada y firmada exclusivamente por el Investigador Receptor en Común acuerdo con el Director de Tesis

**II. Programa que estudia .**

( ) Maestría ( ) Doctorado

**III. Información General .**

Nombre del becario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CVU SeCiHTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula UMSNH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo académico mensual que abarca el informe: de: \_\_\_ /\_\_\_ / a: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_

día mes día mes año

¿En este periodo reprobó alguna asignatura, Predoctoral o Avance de Tesis?: ( ) Si ( ) No

Si su respuesta es sí es obligación del estudiante reportarlo por escrito a la Coordinación y mencione cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título de la tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Director de Tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. Información de la Estancia Académica .**

Institución en donde realiza la estancia académica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia (Facultad/Instituto/Departamento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Inicio y término autorizada por el CIDEP: de: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_

día mes año día mes año

Nombre completo del investigador receptor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivo principal/general de la estancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Enumere y describa cada una de las actividades que ha realizado en el periodo evaluado y los resultados obtenidos**

**VI. Evaluación General por parte del Investigador Receptor y del Director de Tesis .**

Los que suscriben, Investigador Receptor dela estancia Académica y Director de Tesis en común acuerdo mediante este formato informan a la Coordinación de posgrado que en el periodo evaluado el estudiante

( ) NO ha cumplido ( ) SI ha cumplido

con las actividades y tareas académicas que le fueron indicadas. En base al cumplimiento del estudiante informamos a la Coordinación de Posgrado que ante la SeCiHTI se debe de reportar al estudiante como

( ) VIGENTE ( ) NO VIGENTE

bajo el entendimiento de que solo se reportara un estado NO VIGENTE si el estudiante no ha realizado ni cumplido con su trabajo. Solo por motivos de enfermedad o causa de fuerza mayor se justificará el incumplimiento de sus responsabilidades y se reportara como VIGENTE. Será necesario que el estudiante haga llegar a la Coordinación los documentos probatorios que justifiquen su ausencia por causa médica o de fuerza mayor.

Si se reporta un estado NO VIGENTE hágalo del conocimiento inmediato mediante comunicación personal con el/la coordinador(a) en turno e indique/liste causales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Director de Tesis Nombre y Firma del Investigador Receptor

Fecha de la evaluación: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_

día mes año