

CONACYT

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

AV. INSURGENTES SUR No. 1582

COLONIA CREDITO CONSTRUCTOR

DELEGACIÓN BENITO JUÁREZ, C. P. 03940

MÉXICO D. F.

## DIRECCIÓN DE BECAS

# INFORME DE ACTIVIDADES DEL BECARIO(A)

No. REGISTRO CONACYT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Paterno Apellido Paterno Nombre(s)

Domicilio: Calle No. Ext. No. Int. Colonia Código Postal

Ciudad Estado País Teléfono

Número de informe\_\_\_\_ Período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución donde realiza sus estudios: COLEGIO DE POSTGRADUADOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:

* Doctorado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Maestría en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Especialidad Académica en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### I.- INTRODUCCIÓN

### II.- DISCIPLINAS CURSADAS O ACTIVIDADES REALIZADAS

### III.- INVESTIGACIONES O PUBLICACIONES REALIZADAS

### IV.- ACTIVIDADES POR REALIZAR EL PRÓXIMO INFORME

#### V.- OBSERVACIONES

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

FECHA FIRMA DEL BECARIO(A)

HE LEIDO EL INFORME Y ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO

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

NOMBRE DEL ASESOR(A) FIRMA DEL ASESOR(A)

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

CARGO FECHA

NOTAS:

1. ESTA FORMA SOLO DEBE SER UTILIZADA PARA PRESENTAR EL INFORME DE ACTIVIDADES AL TERMINO DE CADA PERIODO ESCOLAR ACOMPAÑADO POR LAS CALIFICACIONES ORIGINALES DEL PERIODO QUE SE ESTA REPORTANDO.
2. OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON SU BECA, LE ROGAMOS, LO TRATE POR SEPARADO.
3. EN TODA CORRESPONDENCIA QUE DIRIJA AL CONSEJO, LE ROGAMOS INDIQUE SU NUMERO DE BECARIO(A) CONACYT ASI COMO SU NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

[](http://www.conacyt.mx/index.html)

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL BECARIO(A)  
linea-punteada

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del becario(a):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apellido Paterno Apellido Materno Nombres | | | | | | | Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nombre del Asesor(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Nombre de la tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Período académico del informe: | de: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_  dd / mm / aaaa | | | | a: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_  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(a) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado\* | | | | | |
| Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ 20\_\_\_  dd mm aaaa | | | | | | | | |

*\*Subdirector(a) de Educación del Campus.*