



Nombre del becario:		Grado: MAESTRÍA	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Nombre del Asesor:			
Nombre de la tesis.			
Período académico del informe:	de:	____/____/____ dd / mm / aaaa	a: ____/____/____ dd / mm / aaaa

**Actividades Realizadas (elegir una opción de calificación):**

Favor de evaluar los 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 causas.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Asesor

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado  
Maestría en Gestión de Recursos Humanos, Trabajo y Organizaciones

Fecha de evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aaaa

