

**MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**Anexo C. Informe del Director de tesis**

Periodo:

Nombre del estudiante:

Matrícula:

Nombre del Tutor académico/Director de tesis:

Nombre del Co-director de Tesis:

Tema de tesis:

Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evaluación de las actividades realizadas por el estudiante** | | | | |
|  | Excelente | Bueno | Suficiente | No satisfactorio |
| Desempeño académico |  |  |  |  |
| Cumplimiento del plan de estudios |  |  |  |  |
|  | Completamente seguro | Seguro | Casi seguro | No es seguro |
| Obtención del grado dentro del tiempo oficial del Plan de estudios |  |  |  |  |

**¿Cuál es el porcentaje de avance de la tesis?** %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Continuar | Suspender | Cancelar |
| En caso de que el estudiante cuente con una beca de CONACYT, y considerando las respuesta anteriores, así como, el Art. 24 del Reglamento de Becas de CONACYT sobre suspensión, cancelación y conclusión de la beca, recomienda: |  |  |  |
| Describa el motivo: | | | |

Nombre y firma del tutorado

Nombre y firma del Director de tesis

Vo. Bo.

Nombre y firma del Coordinador de posgrado

Fecha de evaluación: día/mes/año