**UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
Facultad de Medicina - Xalapa  
Coordinación de Educación Médica y Coordinación de Academias.**

CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA Y EVALUACIÓN

Fecha de respuesta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones: Con el fin de documentar el cumplimiento y la evaluación de la Experiencia Educativa, se pide llenar la información correspondiente:

Experiencia educativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NRC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Periodo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre del académico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Marque la que corresponda:

Campo clínico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratorio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Actividades comunitarias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del alumno | Matricula | Firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por medio de la presente hago contar que el programa de estudios se cumplió al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%, la y estoy conforme con la evaluación realizada.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro haber terminado el programa con el porcentaje arriba mencionado y evaluado a los alumnos de acuerdo a la normatividad y lineamientos de la Universidad Veracruzana, esta facultad, y lo establecido en el programa y los instrumentos de evaluación que se les entregaron al inicio de clases, bajo protesta de decir la verdad.

Firma del Académico