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

**CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA Y EVALUACIÓN**

Fecha de respuesta: XX diciembre 2023

Experiencia educativa: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, NRC: **\_\_\_\_\_\_,** Sec: **\_\_\_,** Periodo: **Agosto 2023–Enero 2024**. Aula: **\_\_**

Nombre del académico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Marque según corresponda: Campo clínico: \_\_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_\_ Actividades comunitarias: \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre del alumno** | **Matrícula** | **Firma** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |

Por medio de la presente hago contar que el programa de estudios se cumplió al %, y he sido evaluado(a) como lo establece el criterio de desempeño de la experiencia educativa.

El suscrito, académico Alberto Navarrete Munguía, declaro haber concluido el programa de la E.E. en el porcentaje previamente mencionado, así como, haber evaluado a los alumnos de acuerdo a normatividad de la Universidad Veracruzana.

Firma del Académico