|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL ALUMNO:  | GRADO: |
| NOMBRE DEL CODIRECTOR DE TESIS : NOMBRE DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN:  |
| NÚMERO DE SESIÓN: FECHA DE LA SESIÓN:  |
| PERIODO ACADÉMICO: | : \_\_\_ /\_ **/\_\_\_** DD / MM / AAAA | a: \_\_\_ /\_\_\_\_/ **\_\_\_\_**\_ DD / MM / AAAA |
| ***Actividades Realizadas (elegir una opción de calificación):*** |
| **CRITERIOS A EVALUAR**:  | Excelente /completamente seguro | Bueno/seguro | Suficiente/casi seguro | No satisfactorio/No es seguro |
| Cumplimiento del plan de estudios |  |  |  |  |
| Revisión/ Avance/ Asesoría específicaPROYECTO DE INTERVENCIÓN  |  |  |  |  |
| Descripción de la evaluación de la sesión: |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma del Codirector de Tesis  |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre y firma del Alumno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vo. Bo. Del Coordinador del Programa Educativo |
|  |