



**CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
INFORME DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS  
PROFESOR DE ASIGNATURA DE POSGRADO**

Marque con una **X**, el programa en donde se encuentra adscrito

Especializaciones

Maestría

Medicina Familiar

Doctorado

C.U.R.P.	<input type="text"/>
R.F.C.	<input type="text"/>

FECHA DE ENTREGA	<input type="text"/>
------------------	----------------------

Secretaría ó Departamento de Adscripción	<input type="text"/>		
Sede	<input type="text"/>		
Nombre	Nombre(s)	Apellidos	
Grados académicos obtenidos*	<input type="text"/>		
Número de horas contratadas	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>		
Horas dedicadas a docencia frente a grupo	ESPECIALIDAD <input type="text"/>	NO. DE HORAS <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
Horas de apoyo a la docencia	<input type="text"/>	Describa	
Horas de asesoría o tutoría	<input type="text"/>	Describa	
<b>Maestrías y Doctorados</b>			
<b>PROGRAMA</b>	<input type="text"/>		
Grupo	<input type="text"/>	Semestre	<input type="text"/>
Horas frente a grupo	<input type="text"/>	Horas de Asesoría o Tutoría	<input type="text"/>
Periodo lectivo que informa  _____ (AAAA) – (AAAA)	El Interesado(a)  _____ Firma		

\*Incluir especialización