



**CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
 INFORME DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS  
 PROFESOR DE ASIGNATURA DEL ÁREA CLÍNICA**

**PLAN ÚNICO DE ESTUDIOS**

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

3° o 4° año

Internado Médico

C.U.R.P.	
R.F.C.	

FECHA DE ENTREGA	
------------------	--

Secretaría ó Departamento de Adscripción			
Sede			
Nombre	Nombre(s)		Apellidos
Grados académicos obtenidos*			
Número de horas contratadas	<input type="text"/>		
Correo electrónico			
Horas dedicadas a docencia frente a grupo	HORAS	GRUPO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA
	3 <sup>er</sup> AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4° AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	INTERNADO MÉDICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas de apoyo a la docencia	<input type="text"/>	Describa	
Horas de asesoría o tutoría	<input type="text"/>	Describa	
Periodo lectivo que informa	El Interesado(a)		
_____	_____		
(AAAA) – (AAAA)	Firma		

\*Incluir especialización