



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

INFORME DE DIRECTOR DE TESIS

Formato de Evaluación de Avance de ICR o tesis de (Especialización, Maestría y Doctorado).

Fecha: _____
Día /Mes /Año

Nombre del alumno:

Matrícula:

Nombre del programa de posgrado:

Nivel:

Doctorado _____ Maestría _____ Especialidad _____

Unidad Académica:

División:

Número de becario CONACYT: _____ No. De CVU: _____

Vigencia de la beca de posgrado de CONACYT:

Fecha de inicio: _____ Fecha de termino: _____

Indique la(s) opción(es) de graduación:

ICR _____

Tesis _____

Artículo _____ Enviado _____ Aceptado _____

Otra (indique) _____



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

INFORME DE DIRECTOR DE TESIS

Título de ICR o tesis _____

Numero de capítulos: _____

Capítulos concluidos: _____

Capítulos faltantes: _____

¿Ya redactó conclusiones? _____

Porcentaje de avance de ICR o Tesis: _____

Porcentaje de avance de créditos: _____

El alumno ha demostrado durante su trayectoria académica un desempeño:

Excelente

Bueno

Regular

¿Considera usted que el alumno concluirá la tesis o ICR y obtendrá el grado en un plazo máximo de 6 meses?

SI _____

Fecha compromiso para la obtención del grado _____

NO _____



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

INFORME DE DIRECTOR DE TESIS

Indique

Sí es un requisito para el egreso, indique el o los idiomas y la(s) fecha(s) en la que el alumno lo(s) acreditó o acreditará:

Idioma 1	Fecha en que acreditó	Fecha en que acreditará
Idioma 2	Fecha en que acreditó	Fecha en que acreditará

¿Considera usted que el alumno es candidato para recibir el apoyo extraordinario?

SI _____

NO _____

Indique

Comentarios del Director de tesis: _____



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

INFORME DE DIRECTOR DE TESIS

FIRMAS

Vo. Bo. de:	Nombre	Firma
Alumno		
Director de Tesis		
Coordinador de Posgrado		
Comité de Posgrado		
Comité de Posgrado		
Comité de Posgrado		
Comité de Posgrado		
Comité de Posgrado		
