****

 **FORMATO DE EVALUACIÓN**

**DEL DESEMPEÑO DEL BECARIO**

**CVU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del becario:Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Grado: **Maestría en Ciencias Agroalimentarias (clave 003322)** |
| Nombre del Asesor:  |
| Nombre de la tesis:  |
| Período académico del informe: | de:   | a:  |
| ***Actividades Realizadas (elegir una opción de calificación):*** |
| Favor de evaluar los siguientes criterios:  | Excelente /completamente seguro | Bueno/seguro | Suficiente/casi seguro | No satisfactorio/No es seguro |
| Desempeño académico |  |  |  |  |
| Cumplimiento del plan de estudios |  |  |  |  |
| Obtención del grado dentro del tiempo oficial del plan de estudios |  |  |  |  |
| Comentarios sobre la evaluación: El estudiante ha tenido un excelente desempeño en las actividades académicas y en la estructuración de protocolo de investigación, lo cual lo sitúa en los términos de culminar su maestría en tiempo y forma. |
|  |
| Señale cuál es el porcentaje de avance de la tesis: **%** |
| Con base en las respuestas anteriores y en el Art. 24 del Reglamento de Becas sobre suspensión, cancelación y conclusión de la beca, **¿Recomienda continuar, suspender o cancelar la beca?** Indique causales:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma del Director (a) de tesis | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vo. Bo. Del Coordinador Académico de Posgrado |
| Fecha de evaluación: / / 2025  |