



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

PLAN 2010

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

3° o 4° año

Internado Médico

Medicina Familiar

Especializaciones

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 style="width: 50px;" type="text"/>		
Correo electrónico			
Horas dedicadas a docencia frente a grupo	HORAS	GRUPO	NOMBRE DE LA ASIGNATURA
	3 ^{er} AÑO	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
	4° AÑO	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
	INTERNADO MÉDICO	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
	ESPECIALIDAD	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	
		NO. DE HORAS	AÑO
		<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	CURSO DE POSGRADO PARA ESPECIALISTAS	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	
Horas de apoyo a la docencia	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Describe	
Horas de asesoría o tutoría	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Describe	
Grupo	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Semestre	<input style="width: 50px;" type="text"/>
		Horas frente a grupo	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			Horas de Asesoría o Tutoría
			<input style="width: 50px;" type="text"/>
Periodo lectivo que informa		El Interesado(a)	
_____		_____	
(AAAA) – (AAAA)		Firma	

*Incluir especialización