



## PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TUTORÍAS



### Informe Semestral de Actividades de Tutoría\*

Nombre y No. empleado:			
Problema/Situación atendida:			
Actividades particulares	Cumplimiento de objetivos y metas		
	Positivo	Parcial	Deficiente
	Justificación		
Problema/Situación atendida:			
Actividades particulares	Cumplimiento de objetivos y metas		
	Positivo	Parcial	Deficiente
	Justificación		
Observaciones			

\*Instrucciones: Favor de agregar las filas necesarias para indicar las actividades realizadas según la problemática atendida, las cuales deben ser acordes a las del PAT de su programa educativo. En la siguiente columna, favor de evaluar el cumplimiento de objetivos y metas del PAT relacionados con las actividades que usted realizó, así como una breve justificación de su evaluación. Para ello considere la siguiente valoración: **Positivo** = cumplimiento satisfactorio de objetivos y metas del PAT, **Parcial** = medianamente satisfactorio, **Deficiente** = poco/nada satisfactorio. En observaciones, favor de incluir sus recomendaciones o sugerencias para la mejora del programa de tutorías en su programa educativo.

(Nombre y firma del Jefe de Departamento)

(Sello del Departamento)

(Nombre y firma del Responsable del PIT)

(Nombre y firma del Coordinador Divisional del PIT)

Nombre y Firma del Maestro(a)