



ACTA DE CALIFICACIONES DE RESIDENCIA PROFESIONAL

EMPRESA O INSTITUCIÓN:	
NOMBRE DEL PROYECTO:	
PERIODO DE RESIDENCIA:	
ASESOR EXTERNO:	
ASESOR INTERNO:	

No.	MATRÍCULA	NOMBRE			CARRERA	CALIF.	OBSERVACIONES
		AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE(S)			
1							
2							
3							
4							

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE 0 A 100; LA CALIFICACIÓN MÍNIMA APROBATORIA ES 70.

MÉRIDA, YUCATÁN, A ____ DE _____ DE ____

FIRMA DEL ASESOR INTERNO



2025
Año de
La Mujer Indígena

